ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON MALESTAR EMOCIONAL

RELACIONADO CON CONDICIONANTES SOCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON MALESTAR EMOCIONAL

RELACIONADO CON CONDICIONANTES SOCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Autores:
Marta Castelló
Mª José Fernández de Sanmamed
Judit García
Mª Victòria Mazo
Juan Manuel Mendive
M. Mercè Rico
Aurora Rovira
Elena Serrano
Francesca Zapater

Coordinadoras:
Mª José Fernández de Sanmamed
Elena Serrano
Francesca Zapater

Fòrum Català d'Atenció Primària

Noviembre 2016



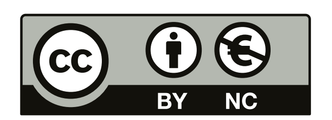
Para citar este documento sugerimos hacerlo de la siguiente manera:

Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016.

1ª edición catalán: mayo 2016
1ª edición en castellano: noviembre 2016

Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)
https://focap.wordpress.com/

Producción gráfica: Lacontragrafica.com



Lo siento, no debería llorar aquí





Marta llora en la consulta. Viene a explicarme que tiene dolores de cabeza, que no duerme bien. Yo la conozco. Le veo la cara.

¿Qué pasa Marta?, ¿Qué me tienes que explicar?

Marta explica que acaba de tener un problema laboral. No ha conseguido el trabajo que esperaba, aquel en el cual había puesto tantas esperanzas.

Ha conseguido un trabajo de limpieza y de teleoperadora. No es lo que esperaba.

No puede dormir. No le apetece salir de casa. No tiene amigos. Ni familia. Su pareja también tiene problemas laborales. Se ha encerrado en sí misma.

¡Se siente tan sola!

Llora. Me pide permiso para coger un pañuelo de papel de la caja que tengo sobre la mesa.

Perdona, lo lamento. No debería haber llorado aquí

¿ Por qué no? Este espacio (la consulta) puedes usarlo para lo que te haga falta.

Marta se va pensando que yo, su médico de cabecera, no estoy para aguantar sus lloros. Que no es mi trabajo.

¿Cuál es la expectativa que la comunidad tiene sobre las tareas del médico de cabecera?

¿Por qué cree Marta que no debería llorar en mi consulta?

Diaris de trinxera:

https://diarisdetrinxera.wordpress.com/2016/02/22/ho-sento-no-hauria-de-plorar-aqui/

ÍNDICE





PRESENTACIÓN

La crisis económica que se inició en el 2008 y las políticas de austeridad aplicadas han producido un importante sufrimiento social. La salida de la crisis a escala macroeconómica se está produciendo con niveles insoportables de desigualdad, y los problemas de acceso a un trabajo digno o a la vivienda no tienen perspectiva de resolverse a corto plazo. Estamos ya en fase de cronificación de la pobreza de un sector importante de la población. El malestar psicológico relacionado con la crisis y las pérdidas provocadas por ésta han evolucionado a un malestar relacionado con la pobrezaa y la falta de perspectivas de mejora.

En las consultas de atención primaria de salud (AP), el sufrimiento causado por las dificultades sociales tiene diversas maneras de presentarse: bien en forma de síntomas psicológicos o bien en forma de síntomas orgánicos. Las demandas que tienen su origen en el sufrimiento social a menudo inquietan a los profesionales, que nos encontramos con pocas herramientas para su comprensión, categorización e intervención. Nuestra reacción frente al sufrimiento psicológico, en ocasiones, es de negación o rechazo, por la impotencia que nos provocan. La respuesta que damos a menudo es medicalizada, centrada en poner etiquetas diagnósticas de enfermedad a procesos que no lo son y en el uso de fármacos para tratar las manifestaciones clínicas.

La correcta orientación y atención en AP del malestar psicológico de las personas influye en su evolución, con menor cronificación y menor medicalitzación. Ello supone fundamentalmente actitud, habilidades y tiempo. El malestar emocional de causa social requiere un abordaje desde los recursos comunitarios, siendo la atención primaria y los servicios sociales los ámbitos más cercanos a la población, más conocedores de sus realidades y con mayor capacidad de intervención integradora y también más eficientes.

Desde el Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP), como entidad de profesionales, queremos contribuir al conocimiento de las repercusiones de la crisis y las políticas de austeridad en la salud mental de la población, así como a la mejora de su atención. Queremos optimizar la valoración clínica que de ellla hacemos los profesionales de atención primaria así como nuestra respuesta. Por esta razón, hace un año nos propusimos poner en marcha un grupo de trabajo para elaborar un documento de análisis y propuestas para el abordaje de este malestar emocional. A partir de unas ideas iniciales, se hizo una convocatoria abierta para formar el grupo, los frutos del cual ahora tenemos la satisfacción de presentar. Este grupo de trabajo, llamado Grupo de Reflexión y Acción, se enmarca en el proyecto SEPAC (Suport emocional a persones afectades per la crisi) impulsado por la Fundació Congrés Català de Salut Mental, que también ha promovido y dirigido grupos de reflexión y acción en el entorno comunitario.

Deseamos que este documento sea de utilidad a los profesionales de atención primaria y que nos ayude a dar una mejor atención a la población. Muchas gracias a los autores por su magnífico trabajo.

Ana Vall-llossera
Presidenta del Fòrum Català d'Atenció Primària
Barcelona, marzo de 2016



RESUMEN

La salud de las personas se configura a partir de múltiples factores, la mayoria de los cuales son ajenos al sistema sanitario. Según el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes de la salud más importantes son de naturaleza económica y social, es decir, aquellas condiciones con las que las personas nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos. La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España adoptó un marco conceptual para explicar los factores determinantes de las desigualdades en salud que distingue entre determinantes estructurales y determinantes intermedios, y establece unos ejes transversales de desigualdades que son: la clase social, el género, la etnia, la edad y el territorio. La OMS también ha identificado los diferentes determinantes de la salud mental: las condiciones sociales circunstanciales, el contexto social estructural y las características individuales.

El período histórico que estamos viviendo se basa en procesos de transformación tecnológica y económica que afectan la estructura social y someten a las personas a tensiones. Es una transformación que tiene elementos específicos y diferenciados de épocas de cambio anteriores, debido a que emerge un nuevo paradigma basado en la tecnologia de la información y de la comunicación. A esta transformación social se ha añadido una recesión económica de proporciones y duración desconocidas hasta ahora. Como respuesta, en la mayoria de países europeos se han aplicado medidas de reducción del gasto público y reformas de los sistemas de protección social que no disminuyen los efectos de la crisis, más bien los empeoran. Una de las medidas más significativas ha sido la reducción notable de los presupuestos destinados a protección social y servicios sanitarios, acompañada de la privatización de la provisión de algunos servicios. Como consecuencia, se incrementan las desigualdades y empeoran las condiciones de vida de la población.

El deterioro de las condiciones de vida, la precariedad y la pobreza repercuten en la salud de las personas, en especial de los colectivos con mayor riesgo de exclusión social. Pero no todas las personas afectadas por problemas sociales y económicos enferman ni presentan un sufrimiento emocional significativo. Los mecanismos individuales y colectivos para hacer frente a las adversidades estan funcionando y han permitido a muchas personas reorientar su vida y sus valores. La manera de afrontar los cambios tiene que ver con elementos ideológicos y culturales que conforman nuestra sociedad, con la relación individuo-sociedad, y con la respuesta subjetiva de los individuos a las agresiones sociales. De todas formas, hay personas que presentan un malestar emocional que les incapacita y los lleva a pedir ayuda al sistema de salud. El malestar subjetivo puede ser explicado por los mecanismos psicológicos relacionados con los conceptos de duelo, maltrato y victimización.

Tradicionalmente, los servicios sanitarios han trabajado con una orientación hacia la enfermedad mental y no hacia la salud mental, hecho que ha dificultado la comprensión de los malestares y sufrimientos emocionales. Ello ha privado, en muchas ocasiones, poder realizar intervenciones adaptadas a cada paciente concreto. Resulta especialmente importante y criticable la ausencia de un abordaje psicosocial en la comprensión diagnóstica, así como la poca importancia que se da al conocimiento de la persona y de su entorno.

Los profesionales de atención primaria atendemos una creciente demanda asistencial secundaria al malestar emocional relacionado con la realidad social, económica, familiar y geográfica que nos ha tocado vivir. Son muchos los motivos de consulta que se generan por el malestar de causa social: ansiedad, trastornos de conducta en niños y adultos, tristeza, demanda de atención psicológica especializada, fobias, temores o síntomas orgánicos. Estas personas buscan aliviar su malestar emocional. El médico y la enfermera de familia hemos de atender este tipo de demanda con un posicionamiento empático y comprensivo con su situación, ofreciendo ayuda para poder aligerar el malestar.

Proponemos un marco conceptual en el que basar la interpretación y la intervención sobre el malestar en las consultas de atención primaria. Desde la interpre-



tación se considera que no existen enfermedades sino personas, con su subjetivdad, que otorgan significados a las vivencias. La idea de normalidad y de patología como elementos dicotómicos nos aleja de la comprensión de la complejidad del concepto de salud. La persona y su malestar se dan en un contexto determinado, configurado por el entorno socioeconómico y los recursos materiales, como son tener o no tener trabajo, las condiciones laborales y de vivienda, los ingresos económicos o el nivel educativo. La especificidad de los roles sociales según género impactan igualmente sobre la salud. Los vínculos familiares y sociales condicionan tanto las actitudes saludables como los sufrimientos. La atención individual deberá incorporar la visión familiar y la visión comunitaria.

El enfoque de la intervención se acoge en el modelo salutogénico, que busca estrategias para identificar los aspectos saludables y los recursos propios de las personas, en vez de centrar el trabajo sobre sus aspectos menos sanos. La comprensión amplia del concepto de curar no se orienta a buscar la normalización, sino a desbloquear, aliviar y encontrar nuevas perspectivas. Más que poner la etiqueta adecuada para cada persona nos interesa contribuir a mejorar su estado y disminuir su sufrimiento. La etiqueta diagnóstica no es un objetivo, a pesar de que en ocasiones nos puede ayudar a comprender lo que está pasando. Uno de los valores principales de la relación asistencial es el respeto a la autonomía de las personas, con sus valores, preferencias y creencias. La toma de decisiones compartidas es una manera de potenciar su autonomía.

Las herramientas para el abordaje del sufrimiento emocional, que se proponen en este documento, están al alcance de los profesionales de atención primaria y contienen enfoques y métodos propios. Algunas de ellas las utilizamos habitualmente sin ser conscientes de que se tratan de intervenciones de apoyo psicológico.

Entre las herramientas básicas se incluyen: la escucha activa y empática, el vínculo asistencial, la entrevista clínica, la exploración física y la contención terapéutica. Todas ellas conectadas con elementos esenciales de nuestro trabajo com son la centralidad de la persona atendida y la habilidad comunicativa. Se referieren también otras formas estructuradas de apoyo psicológico como son la entrevista motivacional y la técnica BATHE.

Entre las herramientas que podemos considerar más nuevas y específicas se han incluído: la medicina narrativa, la indicación de no-tratamiento, la prescripción social y las intervenciones grupales. La medicina narrativa nos permite una comprensión más profunda de las vivencias a través de las historias que nos explican las personas, así como encontrar explicaciones y dar coherencia y significado a sus experiencias. Interpretar y acompañar las narrativas es un acto terapéutico. La indicación de no-tratamiento es una de las intervenciones más representativas de la prevención cuaternaria en salud mental. Está basada en la ética de la negativa y la ética de la ignorancia. Se trata de una herramienta bien estructurada. La prescripción social es un concepto relativamente nuevo que se ha aplicado, sobretodo, en el mundo anglosajón. Hace referencia a la capacidad que tiene el sistema de salud de promover el acceso a recursos de apoyo de la comunidad para atender problemas socioeconómicos, psicológicos y malestares emocionales diversos. Es una manera formal de establecer vínculos entre individuo y sociedad. Las intervenciones grupales han sido utilizadas por los profesionales de atención primaria, en alguna de sus formas, desde hace tiempo. Aquí se repasan los diferentes tipos y su aplicación en el malestar emocional.

En los anexos podemos encontrar información complementaria sobre: el modelo salutogénico y activos para la salud, entrevista semiestructurada y experiencias de prescripción social. Cerrando el documento, compartimos algunas cuestiones aún sin respuesta y abiertas a la investigación, así como la bibliografía revisada que da apoyo al contenido del documento.





1. INTRODUCCIÓN

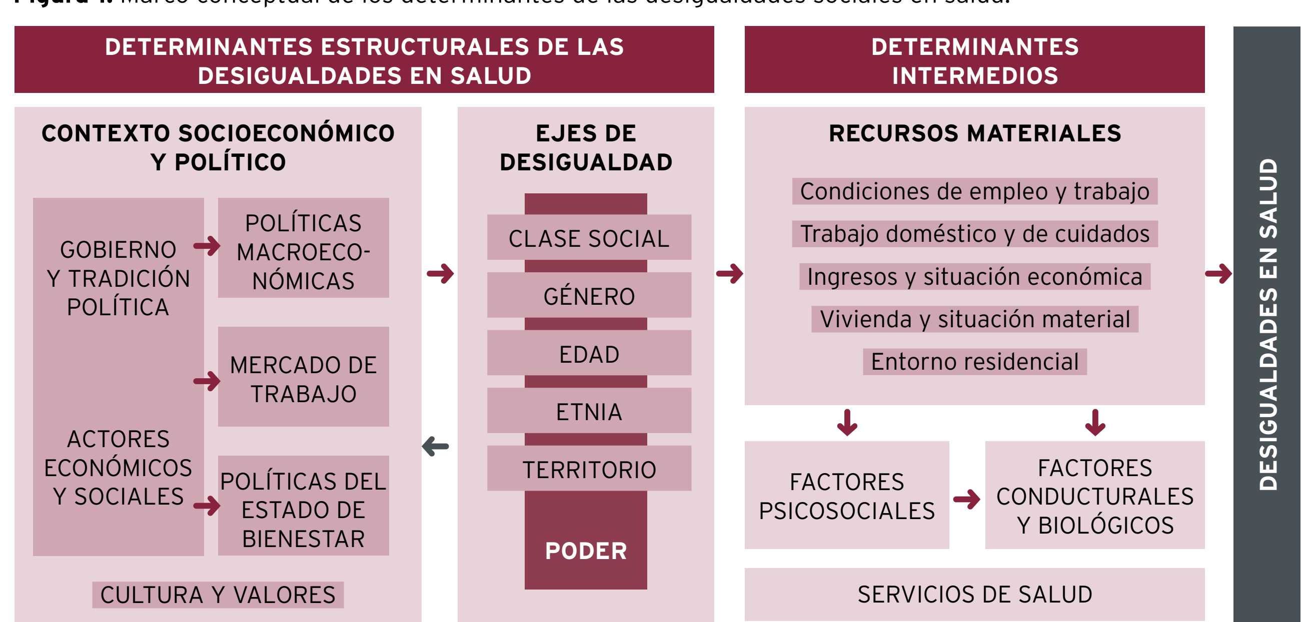
La salud de las personas se configura a partir de múltiples factores, la mayoría de los cuales son ajenos al sistema sanitario. Según el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes de la salud más importantes son de naturaleza económica y social, es decir, aquellas condiciones con las que nacemos las personas, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos. Estas condiciones determinan el grado de salud y las desigualdades sociales en salud. La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España[1] adoptó un marco conceptual para explicar los factores determinantes de las desigualdades en salud, basado en diferentes modelos existentes (figura 1). El marco distingue entre determinantes estructurales y determinantes intermedios de las desigualdades en salud, y establece unos ejes transversales de desigualdades que son la clase social, el género, la etnia, la edad y el territorio.

La OMS también ha identificado los diferentes determinantes de la salud mental, que se observan en la tabla 1.

Las circunstancias sociales y la estructura social del contexto (o estructura socioambiental) son determinantes de la salud mental, además de las características individuales. También especifica aquellos factores de la salud mental que son adversos y aquellos que son protectores[2].

Hay estudios que evidencian que el apoyo social –también conocido como capital social– es un poderoso factor protector tanto individual como colectivo no sólo de la salud mental, sino también de la morbilidad y la mortalidad general[3]. Al contrario, el aislamiento social y la marginación están relacionados con una peor salud mental y un índice más elevado de muerte prematura[4]. También hay evidencia de que las sociedades con más tejido asociativo tie-

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España[1].



nen mejor salud y resisten mejor las situaciones de recesión económica, cuestión que estaría relacionada con el concepto de resiliencia [5, 6,7].

Disponemos de evidencias sobre cuáles son los factores relacionados con una mejor salud mental en niños y adolescentes, que se exponen en la tabla 2.

Queda patente, de esta manera, que más allá de los factores individuales y biológicos, la salud de las poblaciones está condicionada, en gran parte, por factores sociales y contextuales que los clínicos debemos conocer y abordar.

Taula 1. Determinantes de la salud mental según la OMS.

NIVEL	FACTORES ADVERSOS	FACTORES PROTECTORES
Características individuales	Baja autoestima Inmadurez cognitiva/emocional Dificultades en la comunicación Enfermedad médica, uso de drogas	Autoestima, autoconfianza Habilidad para resolver problemas y manejar el estrés y la adversidad Habilidades comunicativas Buena salud física, estar en buena forma
Circunstancias sociales	Soledad, duelo Familia conflictiva, negligente Exposición a violencia o abuso Ingresos económicos bajos y pobreza Dificultades o fracaso escolar Estrés laboral, paro	Soporte familiar, social y de amigos Crianza adecuada, buena interacción familiar Seguridad física y percepción de seguridad Seguridad económica Buen rendimiento escolar Satisfacción y éxito laboral
Estructura socioambiental	Pobre acceso a los servicios básicos Sociedad injusta y discriminatoria Desigualdades sociales y de género Exposición a guerras o desastres	Servicios básicos accessibles y equitativos Justicia social, sociedad tolerante e integradora Equidad social y de género Sociedad segura para todas las personas

Fuente: OMS[2]

Tabla 2. Factores socio-familiares relacionados con una mejor salud mental en niños y adolescentes, con evidencia demostrada.

1.	Tener relaciones positivas con madres, padres y otros familiares
2.	Vivir en una famiia cohesionada, en aquella en la que hay sensación de justicia y confianza y en aquella que pasan tiempo juntos
3.	Disponer de redes sociales de soporte amplias y saludables
4.	Para los más pequeños, que su familia disponga de redes sociales de soporte amplias y saludables
5.	Asistir con frecuencia a servicios religiosos
6.	Asistir a un centro escolar con soporte de calidad y sentirse seguros en la escuela
7.	Vivir en un barrio de calidad con pocos riesgos y elevados niveles de control social

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de McPherson et al[8]

PUNTOS CLAVE

Los determinantes de la salud más importantes son de naturaleza económica y social. También de la salud mental.

Los clínicos debemos conocer y abordar tanto los factores individuales y biológicos como los factores sociales y contextuales.





2. EL CONTEXTO ACTUAL. LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES Y SU IMPACTO

2.1. La transformación tecnológica

El período histórico que estamos viviendo, se basa en procesos de transformación tecnológica y económica que afectan a la estructura social y someten a las personas a tensiones. Es una transformación que tiene elementos específicos y diferenciados de épocas de cambio anteriores, debido a que emerge un nuevo paradigma basado en la tecnología de la información y de la comunicación.

Sus principales características son[9,10]:

- Un mundo globalizado que se hace más pequeño y al mismo tiempo más abierto, con una red de interacciones que parecen no tener límites. La producción, el consumo y la mano de obra están organizados a nivel global.
- Vivimos en una "sociedad-red", caracterizada por el "informacionalismo", que tiene el conocimiento y la información como principal fuente de productividad.
- El modelo de Estado-Nación está evolucionando al Estado-Red, en el que la autoridad se reparte en una amplia gama de instituciones supranacionales, nacionales, regionales y organizaciones no gubernamentales que forman una compleja red interactiva. Este cambio se produce en un contexto de desilusión hacia los gobiernos por su incapacidad de dar respuesta a los problemas más locales.
- La privatización del Estado del Bienestar. El estado, poco a poco, abandona sus funciones de solidaridad y la protección social, que se transfieren a los individuos, familias y sociedad en general.
- La transformación del trabajo. El trabajo es mucho más escaso, flexible e inestable, sin garantía para el futuro. Para las personas el trabajo ha dejado de ser un signo de identidad.
- Cambios en el modelo de familia. Sustitución del modelo tradicional de familia patriarcal por otras formas (separaciones, divorcios, parejas con vida en común sin matrimonio, hogares unipersonales, etc.).
- Un mundo sin fronteras (pero sí con barreras) que permite la libre circulación de mercancías pero pone trabas a los procesos migratorios y deja a muchas personas en una situación administrativa en la que no tienen ningún derecho en los países de llegada.
- Cambios en los valores. De los valores colectivos del bien común se ha pasado a los valores individualistas y de consumo y mercado. La sanidad y la salud son percibidas como un gran mercado en el que unos consumimos y otros sacan beneficios. La medicalización de la vida es un resultado de esta mercantilización.

2.2. La recesión económica: las medidas de austeridad y su impacto en salud

A esta transformación social se ha añadido una recesión económica, que se inició en 2008, de proporciones y duración desconocidas hasta ahora. En la mayoría de países de Europa se han aplicado como respuesta medidas de reducción del gasto público y reformas de los sistemas de protección social que no amortiguan los efectos de la crisis, sino que se están convirtiendo en parte del problema. Están aumentando las desigualdades y empeorando las condiciones de vida de las poblaciones. Una de las medidas más significativas ha sido la reducción notable de los presupuestos destinados a protección social y servicios sanitarios, acompañada de la privatización de la provisión de servicios. Se ha negado el acceso al sistema a grupos de población por sí mismos más vulnerables, como pueden ser los inmigrantes en situación irregular.

La "crisis", que es un fenómeno coyuntural, ha evolucionado a una situación de empobrecimiento que será irreversible a corto plazo, con el consecuente estancamiento de las malas condiciones económicas y sociales y la cronificación del sufrimiento, que se manifestará en malestar emocional. Habrá que estar alerta a las formas de presentación de este malestar, a las



repercusiones en hábitos y conductas de riesgo y a las nuevas necesidades que se pueden generar.

El deterioro de las condiciones de vida, la precariedad y la pobreza repercuten en la salud de las personas, en especial de los colectivos en mayor riesgo de exclusión social. Se ha documentado que hay una peor percepción de salud, más riesgo de sufrir un problema de salud mental, un aumento de suicidios y de ingresos por intento de suicidio en personas mayores de 65 años, con mayor afectación de las mujeres [5, 11,12]. Las personas con mayor vulnerabilidad social tienen menos acceso al mercado de trabajo y sufren más exclusión sanitaria. Sorprende, sin embargo, que la repercusión en la salud del grave empeoramiento de los condicionantes sociales no sea mayor. La explicación es que las redes sociales, fundamentalmente la familia, mantienen la supervivencia del grupo y son amortiguadoras de la crisis. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que un 25% de los hogares en España dicen no tener ninguna ayuda en momentos de necesidad debido a no tener red social o a que las familias ya no tienen capacidad de ayudar.

Las dificultades económicas han condicionado peores hábitos alimenticios con sus consecuencias sobre la salud. Según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA), el riesgo de padecer mala salud mental ha aumentado en personas en paro de más de un año de duración, situándose en un 17,8 %, cuando en 2006 era del 14, 9%, afectando más a los hombres. También se ha observado un aumento global del consumo de riesgo de alcohol en población parada, con mayor afectación de hombres, excepto en el grupo de parados de más de un año en el que disminuye el consumo en los hombres pero aumenta sensiblemente en las mujeres[11].

En cuanto a las repercusiones en los niños y adolescentes, se sabe que dependen de la etapa en la que impacta la crisis: en etapas vitales más precoces, el efecto es más importante, grave e irreversible. Por ejemplo, en la etapa pre y post-natal inmediata, el impacto se produce por la malnutrición materna y bajo peso al nacer. En la etapa escolar, los efectos son sobre aspectos cognitivos y del desarrollo. En la adolescencia, sobre el rendimiento académico y la salud mental. Es muy importante también el impacto en la salud de los padres, que repercute sobre el menor. Este modelo, desarrollado en un estudio de Lundberg[13,14], tiene en cuenta que el efecto puede ser inmediato, pero también, y especialmente en la población infantil, puede tener un período de latencia y verse el efecto a largo plazo. En un estudio realizado sobre la población española se ha observado que el grupo de niños que han perdido la vivienda o con problemas de alimentación, como por ejemplo, sin desayuno, la probabilidad de sufrir un problema mental grave era 10 veces más grande en niños y 5 veces mayor en niñas respecto a la población general[15].

En la población inmigrante, aunque hay pocos estudios al respecto, se ha descrito el síndrome de estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises), relacionado con el proceso de duelo migratorio y síntomas relacionados con dificultades de adaptación. La clínica que presentan son trastornos de ansiedad, depresivos, somatizaciones y síntomas confusionales[16]. En situación de crisis, la vulnerabilidad del colectivo aumenta debido a la mayor exposición a factores de riesgo como pueden ser la pérdida de la vivienda o de trabajo, peor apoyo social y el propio fracaso del proyecto migratorio. En un estudio comparativo sobre el estado de salud mental antes de la crisis (en 2008), y en plena crisis (en 2011), se observó un empeoramiento significativo de salud mental en inmigrantes en paro, con bajos sueldos o con cargas familiares[17]. A estos factores habría que añadir las dificultades de acceso al sistema sanitario. Los problemas para incluir en los estudios a los grupos con más marginación (indocumentados, sin vivienda habitual) pueden hacer menos visible un probable mayor impacto en salud mental.

También la afectación es diferente según el género. Aunque la primera fase de la crisis (2008-2009) incidió especialmente sobre la ocupación masculina, a partir de 2010 la reducción del gasto público ha repercutido más sobre las mujeres. Los recortes afectan a las mujeres como trabajadoras en sectores muy feminizados (cuidados personales, sanidad, educación). También como usuarias (reducción de políticas de igualdad y conciliación, reducciones en la prestación por desempleo o por la ley de la dependencia, guarderías o comedores) y fundamentalmente por el aumento del trabajo de cuidados no remunerado. La función amortiguadora que hace la familia en época de crisis aún recae mayoritariamente sobre las mujeres. Del mismo modo, la precariedad laboral y la pobreza son mayores entre las mujeres, con colectivos especialmente vulnerables como las mujeres de familias monoparentales, inmigrantes o ancianas. La vulnerabilidad económica, la convivencia obligada y las tensiones generadas agraban las desigualdades existentes y aumentan el riesgo de violencia machista. Las manifestaciones más frecuentes son la ansiedad, el cansancio, el dolor y otros síntomas somáticos inespecíficos[18]. Por otra parte, el rol masculino tradicional de proveedor y sustentador de la familia se pierde con el desempleo, y muchos hombres se sienten aislados y



con sentimientos de culpa, vergüenza, rabia y tristeza que a menudo les cuesta expresar. A algunos les resulta difícil encontrar una nueva identidad, en cambio, otros descubren nuevas actividades relacionadas con el trabajo de curas o cuidados[11].

Las personas mayores suponen un importante grupo de apoyo para los familiares más jóvenes afectados por la crisis mediante la ayuda económica, la crianza de los nietos, la acogida de los hijos en la vivienda propia y el apoyo emocional. Se puede considerar una nueva forma de solidaridad, pero al mismo tiempo puede obstaculizar la independencia y puede comportar relaciones de convivencia difícil o conflictiva. La actual crisis económica afecta negativamente a las personas mayores en términos financieros, en dificultades de acceso a servicios de salud o sociales y al hecho de enfrentarse a nuevas formas de vulnerabilidad. Se ven afectados por sentimientos de impotencia, angustia, retraimiento social, desinterés hacia la vida y aislamiento. Un gran número de personas mayores tienen que hacer frente a excesivas responsabilidades, como por ejemplo el cuidado de los propios padres, los hijos y de los nietos[20]. La capacidad económica de las personas mayores se ha visto reducida en los últimos años por la congelación de las pensiones, ya de por sí bajas (más en las mujeres), comportando pobreza energética y peores hábitos alimentarios.



PUNTOS CLAVE

A raíz de la crisis y el empobrecimiento hay una peor percepción de salud, más riesgo de sufrir un problema de salud mental, un aumento de suicidios y de ingresos por intento de suicidio.

Hay colectivos más vulnerables a los condicionantes sociales que son los niños, las personas mayores y los inmigrantes. Los efectos de la crisis también son diferentes según el género.





3. LOS PROCESOS DE ENFERMAR Y LAS NUEVAS DEMANDAS EN SALUD MENTAL

Ya se ha comentado que no todas las personas afectadas por problemas sociales y económicos se convierten en enfermas ni presentan un sufrimiento emocional invalidante. De hecho, los mecanismos individuales y colectivos para hacer frente a las adversidades suelen ponerse en marcha y permiten a muchas personas reorientar su vida y sus valores. A nivel social hemos visto el surgimiento de nuevas formas de resiliencia (la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, por ejemplo) y de movilización en defensa de los servicios públicos, que han ayudado a interpretar y dar sentido a los cambios económicos y sociales, así como la búsqueda de nuevas formas de organización y/o de vida. Sin duda, estos movimientos son elementos protectores de la salud mental de los individuos.

De todos modos, hay personas que han respondido con un malestar emocional que les incapacita y les lleva a pedir ayuda al sistema sanitario. Entender cuáles son los mecanismos mediante los cuales las personas enfermamos debido a los problemas sociales nos ayudará a definir una intervención adecuada. Estos mecanismos tienen que ver con elementos ideológicos y culturales que conforman nuestra sociedad, con la relación individuo-sociedad y con la respuesta subjetiva de los individuos a los factores y a las agresiones sociales.

En las sociedades de capitalismo avanzado, existe una escisión entre individuo y sociedad que supone un proceso alienante que reduce la persona a un papel unidimensional (*homo economicus*), que la sitúa sólo como parte del engranaje y le impide desarrollar su personalidad. El escaso desarrollo de la personalidad de los individuos (en el sentido más amplio de potenciación de capacidades, discernimiento y elección) y la vertebración de la sociedad y de nuestra vida, en torno al consumo de bienes y servicios, propicia la búsqueda de satisfacciones inmediatas y el rechazo del disconfort. La respuesta individual y social al malestar, de manera congruente con el marco social, ha sido su medicalización, es decir, darle una categoría que no cuestione las causas del malestar. Así se fortalece, una vez más, el consumo y la alienación. La medicalización esconde los ataques sufridos como ciudadanos y cambia la conciencia de los hechos: transforma lo social en individual; lo psicológico en genético y biológico y la autonomía en dependencia adictiva. El resultado es la atrofia de las capacidades de pensar y de hacer frente a los malestares y los problemas comunes, y un incremento de exigencias al sistema sanitario, que los profesionales podemos vivir como irritantes y sin sentido[21]. Muchos síntomas que no constituyen trastornos se están etiquetando como tales y se están tratando con fármacos.

Según Moya, las vivencias subjetivas de quien pierde el trabajo o percibe vulnerados sus derechos son un conglomerado de sensaciones de inseguridad personal, de amenaza, incertidumbre de futuro y deterioro de las relaciones con los demás, con sentimientos de abandono y desesperanza, de ser "muertos en vida", pero sobre todo de autoculpabilización y aislamiento social[10]. Aparece una nueva forma de sufrimiento caracterizado por angustia urgente y difusa. En este contexto, la tristeza ante lo que se ha perdido y la ansiedad por el futuro, por posibles nuevas pérdidas, son expresiones del malestar psíquico de nuestro tiempo. Las presentaciones más frecuentes son:

- Sensaciones de malestar físico (que a veces se interpretan como de causa somática).
- Emociones como la tristeza, la culpa o el miedo.
- Pensamientos hipocondríacos o ideas de muerte, vivencias persecutorias (que buscan algún culpable).
- Alteraciones de la conducta como abuso de sustancias, retraimiento social o agresividad hacia los más débiles.

Estas vivencias pueden ser explicadas por los conceptos de duelo, maltrato y victimització[22]. El duelo por las pérdidas que se han producido (de trabajo, vivienda, dignidad, estatus social y libertad). La percepción de maltrato por parte de los causantes de las pérdidas (empresarios, administraciones,



entidades bancarias…). Y victimización basada en la autoinculpación y el sometimiento a los agresores. La victimización es una respuesta poco saludable e impide la búsqueda de soluciones positivas. En estas circunstancias, si bien algunas personas pueden desarrollar un trastorno mental, la mayoría no tiene ningún trastorno, porque si desaparece la causa estresante desaparece el síntoma.

Todos estos procesos condicionan nuevas demandas en salud mental, tanto en el ámbito de la atención primaria (AP) como de la especializada, buscando una respuesta médica. En muchas ocasiones se exigen explicaciones y soluciones rápidas, con una actitud pasiva y poco reflexiva. A menudo, el resultado de la consulta es la indicación de algún fármaco, que todavía refuerza más la victimización de estas personas. Sin embargo, cada persona es un mundo y requiere un enfoque individualizado en función de sus características biológicas, de personalidad, de sus experiencias psicosociales previas y del grado de afectación y de incapacidad que presente.



PUNTOS CLAVE

Los mecanismos individuales y colectivos para hacer frente a las adversidades funcionan y han permitido a muchas personas reorientar su vida y sus valores.

Hay personas que responden con un malestar emocional que los incapacita y los lleva a pedir ayuda al sistema de salud.

Cada persona requiere un enfoque individualizado en función de sus características biológicas, de personalidad, de sus experiencias psicosociales previas y del grado de afectación y de incapacidad que presente.





4. MODELO PREDOMINANTE DE COMPRENSIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL: IMPLICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y NUEVAS PERSPECTIVAS

Tradicionalmente, los servicios sanitarios han trabajado con una orientación hacia la enfermedad mental y no hacia la salud mental. Jorge L Tizón diferencia dos perspectivas en la patología mental. Por un lado, la perspectiva categorial: hay enfermedades mentales bien definidas y diferenciadas, que las personas sanas no las padecen. De otra, la perspectiva dimensional: la patología mental es un problema de grado o dimensiones, todos tenemos síntomas, y las personas que están en los extremos de estas dimensiones son las que tienen una patología y entre estos extremos se encontraría la "normalidad". Por esta razón, a veces, es difícil diferenciar entre normalidad y patología[23].

Debemos tener en cuenta que la concepción de salud mental ha experimentado importantes cambios desde los años 70 del siglo XX, sobre todo por la adquisición, en aquellos años, del modelo biológico imperante en el resto de aspectos de la salud. Así, se medicalizó de forma importante la patología mental, considerando los problemas mentales como resultado de desajustes bioquímicos. Una causa importante de esta situación se debió al incremento en el desarrollo de los psicofármacos. Un reflejo de este cambio se pudo observar en el masivo consumo de Prozac®, que en este caso, buscaba conseguir una estabilización del desequilibrio bioquímico diagnosticando de depresión a cualquier paciente con sufrimiento.

La publicación, en 1980, del DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), como manual de referencia en patología mental, supuso etiquetar con diagnósticos a muchas personas que no tenían una enfermedad mental, sino un sufrimiento. La posibilidad de estandarizar diagnósticos y tratamientos en población muy heterogénea se facilitó con la incorporación de tests y pruebas diagnósticas que querían objetivar lo que en muchos casos suponen valoraciones subjetivas del profesional.

Ciertamente, el modelo DSM-III adoptado por la American Psyquiatric Association (APA), tuvo una gran acogida y un enorme impacto en la manera de abordar los síntomas emocionales no sólo en EEUU, sino también en toda la comunidad científica internacional, incluyendo los diversos países europeos. El enfoque DSM-III fue seguido por sucesivas revisiones en el DSM-IV y, recientemente, en el DSM-5. La facilidad que esta visión otorga a la posibilidad de clasificar como enfermas muchas personas, ha sido también una de las causas del registro actual de algunas enfermedades mentales como la depresión, que están apareciendo con criterios de epidemia. Aunque con menor intensidad en la repercusión sobre la salud mental de la población, también se puede extender esta apreciación a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés) en sus sucesivas versiones.

Cada vez más autores, como Kirsch, Whitaker y Carlat, cuestionan este enfoque y afirman que no hay evidencias científicas sólidas que establezcan una relación causal entre enfermedades mentales y desequilibrios químicos en el cerebro en muchos casos. Así, se hace hincapié en el hecho de que detrás de esta visión biologicista reduccionista puede existir un interés comercial. Marcia Angell[24], comentando los libros de estos tres autores se pregunta:" *¿Es la prevalencia de enfermedad mental realmente tan elevada y sigue subiendo?. En concreto, si se considera que estos trastornos están determinados biológicamente y no son el resultado de influencias ambientales, ¿es razonable suponer que tal incremento es real?. ¿Estamos ahora aprendiendo a reconocer o diagnosticar trastornos que siempre han estado allí, pasando desapercibidos?. O por el contrario, ¿estamos extendiendo el criterio para las enfermedades mentales, de manera que todas las personas tengan una?. ¿Y qué pasa con los medicamentos que son ahora la pieza clave del tratamiento?, ¿funcionan?. Si lo hacen, ¿no deberíamos esperar que la prevalencia de las enfermedades mentales se redujera, en lugar de crecer? ".*

Estas preguntas nos llevan a la reflexión. Hay que tener en cuenta que, cuando hablamos de diagnósticos, estamos hablando de etiquetar a una persona dentro de una clasificación (DSM o ICD). Pero en salud mental, estos sistemas (basados en la agrupación de sín-



tomas) tienen problemas ya que existe un solapamiento entre los síndromes, con fronteras confusas y dificultades para diferenciar los diversos trastornos (por ejemplo entre los diferentes trastornos depresivos entre sí y de estos con los trastornos adaptativos, e incluso con la tristeza normal).

Para los profesionales de AP, la transformación en enfermedad del sufrimiento emocional implica una auténtica epidemia de enfermedad mental. Por otra parte, este etiquetado no tiene en cuenta el contexto en que se produce y la dimensión subjetiva de quien la padece (cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamientos suscita en los demás).

Resulta especialmente importante y criticable la ausencia de un abordaje psicosocial en la comprensión diagnóstica, así como la infravaloración de la importancia del conocimiento de la persona. Especialmente dificultosa resulta para el profesional de AP la sobrevaloración y complejidad innecesaria de los instrumentos diagnósticos estandarizados (entrevista semiestructurada y test diagnósticos), comparado con el diagnóstico basado en el conocimiento del paciente.

En el momento actual, la recientemente publicada versión del DSM-5 profundiza aún más en este enfoque que etiqueta y patologiza el sufrimiento emocional humano, creando una confianza ciega en los fármacos con falsas ideas de sustrato biológico, que dificulta la búsqueda de las verdaderas causas del problema. También ha ampliado de forma sustancial el espectro de personas que deberían ser etiquetadas de trastorno mental, y según sus detractores, será difícil encontrar una persona que siguiendo este manual no haya tenido o tenga un trastorno mental. Entre estos detractores, Valdecasas[25] comenta: *"Tanto el DSM como el ICD constituyen un caso sorprendente de publicación científica que no aporta ninguna referencia bibliográfica, aunque luego se constituyen a sí mismos como las referencias bibliográficas fundamentales de la disciplina"*.

Afortunadamente, cada vez hay más voces de profesionales de prestigio, instituciones y asociaciones de profesionales de la salud mental que abogan por un cambio de modelo en la atención al sufrimiento emocional. Es el caso de National Institute of Mental Health (NIMH), agencia gubernamental de los Estados Unidos, la sección de psicología clínica de la Asociación Británica de Psicología (British Psychological Society's DCP) y de un amplio grupo de psiquiatras del Reino Unido que, en un comunicado titulado "No más etiquetas diagnósticas", abogan por la abolición del DSM y CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental. Dicen textualmente *"El proyecto del DSM no se puede justificar, ni en sus principios teóricos ni en la práctica. Debe ser abandonado para que podamos encontrar formas más humanas y eficaces de responder a la angustia mental"*[26]. En España más de 100 entidades e instituciones como la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) suscriben también esta visión[27].

Si tenemos en cuenta a la persona, en su visión holística que incluya la completa valoración del entorno psicosocial, podremos pensar en un futuro en el que los profesionales de AP contemplamos las diferentes ayudas a los problemas de cada paciente, preocupándonos menos de etiquetar el malestar emocional.



PUNTOS CLAVE

Tradicionalmente los servicios sanitarios han trabajado con una orientación hacia la enfermedad mental y no hacia la salud mental. Esta visión ha dificultado la comprensión de los procesos de sufrimiento y adaptación.

Si tenemos en cuenta a la persona de manera holística nos centraremos más en buscar diferentes ayudas que en poner una etiqueta diagnóstica a su malestar emocional.





5. LA ATENCIÓN AL SUFRIMIENTO EMOCIONAL QUE NO TIENE ENTIDAD DE TRASTORNO

Cada vez hay una mayor sensibilidad y conciencia social sobre la salud mental, de la que todo el mundo habla. Cada vez también es más intensa la interrelación entre los profesionales de AP y los de salud mental. Además, se constata un aumento progresivo de las interconsultas en este campo que reciben los servicios sanitarios provinientes de profesionales de otros ámbitos como docentes, educadores, profesionales de la administración de justicia y de servicios sociales.

Por otra parte, cada vez más, se está produciendo un cuestionamiento del tipo de abordaje que desde los sistemas sanitarios se está haciendo de los síntomas emocionales y de los trastornos adaptativos al estrés de la vida. Incluso se plantea, en algunos ámbitos, que en la medida que no son trastornos, estos cuadros sindrómicos no deberían acudir al sistema sanitario.

Gran parte de los síntomas emocionales aislados y muchos de los trastornos leves (adaptativos y/o depresiones leves), se resuelven con contención de la propia persona y con apoyo de la familia o de servicios informales de la comunidad. No obstante, algunas personas con estos cuadros recurren a los servicios sanitarios, fundamentalmente a la AP.

Retolaza, en un artículo publicado desde el entorno de la atención especializada en Salud Mental[28], plantea la responsabilidad del profesional preguntándose: ¿a quién hay que tratar y a quién no?, ¿hay que atender a esta persona concreta en los servicios especializados?. Al mismo tiempo señala que el planteamiento de no intervenir (incluso en los casos en que se indica "la no intervención" o "el no-tratamiento", ver punto 7.4), sin una argumentación suficientemente razonada y comprensible para el paciente, podría connotar un abandono en la obligación de asistencia, inherente a la propia ética de todo sistema asistencial público.

Si esto ocurre en la atención especializada, pasa habitualmente en la AP, que es la puerta de entrada al sistema sanitario. A la AP le corresponde atender a personas con síntomas emocionales aunque no tengan ningún trastorno. Son personas que se sienten mal y están sufriendo y por tanto no las podemos "expulsar". Lo que sí es verdad es que hemos de atenderlas de forma diferente a como lo venimos haciendo, cambiando de paradigma, construyendo nuevos conocimientos y recuperando otros que hemos ido abandonando por el camino. Se han de atender sin medicalizarlos y teniendo un cuidado especial con el sobrediagnóstico y el etiquetaje.

Actualmente, los profesionales de AP atienden una demanda asistencial cada vez mayor, secundaria al malestar emocional relacionado con la realidad social, económica, familiar y geográfica que nos ha tocado vivir. Son muchos y variados los motivos de consulta que tienen su origen en causas sociales: ansiedad, tristeza, trastornos de conducta en niños y adultos, fobias, miedos y temores a enfermedades orgánicas, solicitudes de atención psicológica especializada,... Estas personas buscan un alivio a su malestar emocional. Muchas veces es la presión social la que motiva la demanda sin que la persona perciba la necesidad. Es frecuente escuchar: "*has de ir al médico porque tienes una depresión*", o expresiones de temor a la organicidad de los síntomas: "*Quiero saber si tengo alguna cosa (a través de un análisis), si me sale todo normal ya me quedo tranquilo*". Estos miedos y disconfores no suponen necesariamente una patología, pero expresan una desazón importante para aquellas personas que lo están sufriendo y, por tanto, es conveniente que sean atendidos en el sistema sanitario.

Resulta inevitable que muchas personas que experimentan problemas sociales y con el consecuente malestar emocional, busquen ayuda de los profesionales de la AP, quienes pueden entonces actuar como elementos de contención, aunque a veces la respuesta de la AP con su enfoque, en realidad, pueda ser paternalista y medicalizadora, cuando no se utilizan los instrumentos adecuados.

La AP ha de atender este tipo de demanda con un posicionamiento empático y comprensivo de la situación del paciente, ofreciendo ayuda para aliviar el malestar.





PUNTOS CLAVE

Los profesionales de Atención Primaria atienden de forma creciente una demanda asistencial secundaria al malestar emocional relacionado con la realidad social, económica, familiar y geográfica.

Aunque no constituya una patología, la preocupación y el sufrimiento de estas personas hace conveniente que sean atendidas en la Atención Primaria.

Se ha de acoger este malestar emocional desde una posición de potenciar la autonomía de la persona y evitando la medicalización.





6. ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA EL ABORDAJE DEL SUFRIMIENTO EMOCIONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Partiendo de los planteamientos realizados en los apartados anteriores sugerimos un conjunto de elementos conceptuales para el abordaje del malestar emocional en la AP. En función de este marco conceptual proponemos instrumentos para la intervención.

6.1. Enfoque desde la interpretación

6.1.1. No hay enfermedades, sino personas. El concepto de salud es una construcción social y subjetiva relacionada con los discursos sociales de cada contexto histórico, social y cultural

Cada persona vive y expresa sus problemas y sufrimiento de manera subjetiva, propia y singular. Por ello es importante tener presente que en la consulta no afrontamos hechos biológicos sino personas con su propia construcción y subjetividad que vienen determinadas por la cultura –en un sentido amplio– de cada grupo social. La pobreza, la incertidumbre, la enfermedad o la muerte no tienen el mismo significado para una persona de cultura occidental que para una oriental o africana. La procedencia geográfica o la étnica han de ser tenidas en cuenta en nuestras consultas. Tampoco los síntomas tienen el mismo significado, ni las mismas implicaciones funcionales para todas les personas. Es necesario conocer y entender la particularidad de cada paciente para intervenir de la manera más adecuada.

Hay malestares psicosociales, que no pueden ser descifrados y expresados con palabras. Aparecen como un sufrimiento anímico o corporal, con síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable, y están influenciados por la esfera social y psicológica que cada uno de nosotros guarda en su biografía. Para realizar una práctica asistencial adecuada es decisivo que el profesional de AP en la consulta, aunque se apoye en el conocimiento científico, sea capaz de sobrepasarlo a fin y efecto de tener en cuenta la subjetividad de la persona.

Además, en la vida real no es fácil discernir entre normalidad y enfermedad. ¿Qué es normal?, ¿qué es anormal?. La idea de normalidad en salud como frecuencia estadística y de patología como alejamiento de las medias no nos acerca a la comprensión de la complejidad del concepto de salud. La salud y la enfermedad deben ser entendidas como un *contínuum*, donde los límites entre lo que es normal y lo que no lo es son porosos y dependen de factores sociales, personales, factores de la comunidad científica, etc. Salud y enfermedad no son categorías dicotómicas ni excluyentes: una persona enferma puede tener partes muy sanas y preservadas para el placer y el desarrollo de las capacidades personales. Además cada persona tiene un criterio propio de normalidad. Tener dificultades del sueño, por ejemplo, puede ser intolerable para algunas personas o ser considerado normal por otras.

Hay que tener en cuenta que vivimos en una sociedad cambiante, en la que cambian los valores, los significados y las expectativas de las personas, y por tanto cambia también la construcción subjetiva de sus experiencias vitales. Lo que hoy es causa de malestar mañana puede no serlo, y viceversa. Es imprescindible estar atentos a estos elementos y ser capaces de integrarlos en nuestra práctica, huyendo de interpretaciones estáticas y rígidas.

Es más importante un diagnóstico comprensivo y el abordaje psicosocial en la interpretación diagnóstica, que la etiqueta nosológica.

6.1.2. La persona y su malestar se producen en un contexto determinado

Los determinantes de salud se aplican en función del contexto en que se vive, tanto a nivel poblacional como individual. Comprender e interpretar las dificultades y sufrimientos pasa por incorporar los diferentes elementos que conforman el entorno socioeconómico y político, así como los considerados determinantes intermedios de desigualdad, como tener/no tener trabajo, las condiciones laborales o de vivienda, los ingresos económicos o el nivel educativo.

En la valoración del contexto hay que tener en cuenta los diferentes ejes de desigualdad en salud: la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio. Por lo que respecta a la perspectiva de género, se ha de valorar la influencia de los ideales de feminidad y mas-



culinidad. También la socialización del género en la construcción de la subjetividad de las personas y el impacto de estos roles sociales en su salud. La morbilidad diferencial que existe según género se debe a la vulnerabilidad biológica diferente, a la presentación y evolución distinta de las enfermedades, así como a los diferentes estilos de vida, condicionantes de vida, y roles dentro de la estructura familiar y social.

Los aspectos sanos, y aquellos no tan sanos, se manifiestan en la relación con otros, es decir, relacionalmente. El sufrimiento humano, las vivencias y los síntomas requieren ser pensados en el seno de las relaciones sociales en que se generan, sin necesidad de ser traducidas a la lógica de procesos patológicos. Los mecanismos psicológicos relacionados con el duelo y las pérdidas, y con el maltrato y la victimización (que son la base de las respuestas psicológicas no saludables a las agresiones producidas por los condicionantes sociales), se producen en relación con factores económicos, políticos o laborales, que la persona entiende que le son ajenos. Identificar estos procesos conjuntamente con el paciente, y descubrir nuevas formas de interpretar lo que le está pasando y nuevas formas de hacerle frente, puede ayudar a disminuir el malestar y a encontrar perspectivas de futuro. La construcción de una manera de pensar propia, y poder discernir y elegir, orienta a las personas hacia una relación con el entorno y las causas de sus malestares menos alienada y a un mayor desarrollo de sus propias capacidades.

6.1.3. Los vínculos familiares y sociales condicionan el sufrimiento y las actitudes saludables

En la consulta se ha de considerar la particularidad y lo general, y conjugar la relación que se establece entre estos dos mundos. Se ha de poner en práctica la evidencia existente acerca del carácter protector para la salud en general y muy particularmente para la salud mental de los vínculos familiares y sociales, especialmente durante las épocas de recesión económica.

Esto significa realizar una atención individual pero con la mirada fuera de la consulta:

Visión familiar: Tal como plantean los profesionales de salud mental de orientación sistémica, tener siempre en la cabeza a la familia completa: historia clínica, entrevista y genograma. Y, aunque no son siempre imprescindibles, no nos hemos de cerrar a realizar desde la AP, en determinadas situaciones, entrevistas familiares y abordajes familiares.

Visión comunitaria: Promoviendo, utilizando y potenciando los recursos comunitarios (mapeo de activos, prescripción social, etc.). Esto quiere decir "trabajar desde la consulta mirando la calle", valorando las acciones comunitarias desde la conceptualización de "activos para la salud" y "la salud positiva" (ver Anexo 1). El modelo de activos en salud parte de la convicción de que las comunidades tienen experiencias, habilidades, líderes, etc., que son extremadamente valiosas para la salud individual y comunitaria. En la práctica significa detectar y colaborar con los recursos comunitarios y culturales existentes.

PUNTOS CLAVE

El concepto de salud es una construcción social y subjetiva relacionada con los discursos sociales de cada contexto histórico y cultural.

La construcción de una manera de pensar propia, discernir y elegir, orienta a las personas hacia una relación con el entorno menos alienada y hacia un mayor desarrollo de sus capacidades.

Los vínculos familiares y sociales tienen un carácter protector de la salud en general, y de la salud mental en particular. La atención individual se ha de complementar con la visión familiar y comunitaria.

6.2. Enfoque desde la intervención

El esquema descrito hasta ahora da elementos para la interpretación de las consultas derivadas de malestares emocionales provocados por condicionantes socioeconómicas. En este apartado se describe el enfoque para realizar la intervención.

6.2.1. Modelo salutogénico

La salud positiva es una forma de entender las acciones de salud enfocándolas hacia aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades mejoren su salud y aumenten el control sobre ella. Para ello es necesario que los sistemas sanitarios encuentren caminos para entender los patrones saludables como factores de protección en lugar de centrarse en los patrones de enfermedad. Estudiar los efectos del con-



texto, la complejidad de los barrios y las redes sociales de apoyo (y los mecanismos que vinculan los activos favorecedores de la salud con el cambio), se puede llevar a cabo con el enfoque salutogénico.

Es necesario pues un cambio en el enfoque de los servicios sanitarios, pasando del actual enfoque centrado en reducir los riesgos a facilitar y apoyar el bienestar de las personas, las familias y las poblaciones. Este cambio requiere que todos los organismos y comunidades colaboren e inviertan en acciones que fomenten las políticas de activos en salud, con el convencimiento de que así se previenen enfermedades y se beneficia a toda la comunidad mediante la reducción del gradiente social en salud[29].

Plantear la perspectiva de la salud positiva implica tener una orientación salutogénica también en la consulta y en la atención individual. Significa desarrollar estrategias de entrevista que hagan aflorar los recursos propios de las personas ("estirar desde las capacidades, recursos y aspectos sanos") y permitan identificar sus aspectos saludables. Los "activos en salud o para la salud" ponen en valor la idea de que las personas son capaces de hacer cosas por su salud aprendiendo a responder a los retos biopsicosociales.

El modelo salutogénico (ver anexo 1) se basa en:

- Considerar el bienestar/salud y el malestar/enfermedad como extremos de un continuo y no como entidades contrapuestas.
- Preguntarse por el origen del bienestar/salud y por como fortalecerlo (en lugar de trabajar con un enfoque patogénico centrado en la enfermedad y sus causas).
- Entender que los factores estresantes no son intrínsecamente negativos, pueden tener también consecuencias beneficiosas, y ello depende de las capacidades de las personas para afrontarlos y resolverlos.

6.2.2. Concepción amplia del concepto de curar
La relación con los pacientes es asimétrica y exige confianza recíproca. La forma en que pueden converger el eje de la ciencia (donde se enmarca la posible enfermedad observada y clasificada) y el eje de la vivencia e historia de cada persona, es a través de la práctica de la narración.

Es necesario saber que curar no es solo normalizar la alteración fisiológica y/o conductual existente, sino también aliviar, desbloquear una situación o pasar a otro escenario que abre nuevas perspectivas. También hay que tener en cuenta que curar y acompañar no tienen el mismo significado para los profesionales que para los pacientes.

¿Qué significa para unos y para los otros? . A los pacientes, en general, les interesan aspectos relacionados con la calidad de vida, el dolor, la pérdida de la independencia o la limitación de las capacidades funcionales (la capacidad de trabajar, de cuidar a sus familiares…), y pueden tener la percepción de buena salud a pesar de tener enfermedades y limitaciones. Los profesionales, en cambio, estamos más interesados en la presencia de una enfermedad y en su evolución. Por ejemplo, ante una persona diabética el profesional tiende a centrarse en el correcto control y en la prevención de complicaciones, mientras que la persona afectada, que "*tiene el azúcar alto*" o "*un poco de azúcar*", valora más las limitaciones dietéticas o los inconvenientes del tratamiento con insulina.

En estos escenarios, y en la práctica clínica en general, la narración y la exploración continúan siendo dos recursos que tendrán influencia en la relación y la confianza que se establece, así como en el efecto terapéutico. En la relación profesional-paciente se ha de ser consciente de la existencia de sentimientos y actitudes que surgen de la misma interacción, que condicionan la toma de decisiones y la propia relación. Así mismo entender, tanto por parte del profesional como del paciente, que hay situaciones difíciles de mover y cambiar ("cronificadas"). A veces el mejor curso de acción es "esperar y ver", dando valor a la narración realizada, al acompañamiento del paciente, y al hecho de reconocer que en ocasiones es mejor no intervenir.

6.2.3. Cuestionar el valor de las etiquetas diagnósticas
Cuando la persona comparte de forma abierta su malestar emocional, lo hace la mayoría de veces a través de síntomas inespecíficos que no encajan en ninguna orientación diagnóstica. Deberíamos tener presente que su objetivo no suele ser encontrar un diagnóstico, y que lo que busca es:

- Que su malestar sea reconocido por alguien significativo, por ejemplo un profesional sanitario.
- Que esos síntomas sean legitimados y ordenados en un marco de enfermedad.
- Que su sufrimiento sea considerado único y difícil de comprender, incluso por una autoridad profesional[30].

A pesar de la dificultad para diferenciar en la vida real la normalidad de la enfermedad, se tiende a asociar los síntomas con etiquetas diagnósticas que se basan en agrupaciones sindrómicas, asociación que lleva de forma simultánea al tratamiento (casi siempre farmacológico). Es necesario plantear una clasificación diagnóstica orientada a la práctica clínica y por tanto más dimensional que categórica.



Por ejemplo, la que plantean Perez-Franco y Turabian: 1/ malestar que requiere intervenciones no específicas, 2/ malestar que requiere intervenciones específicas y 3/ trastornos psiquiátricos severos[31].

Más importante que encontrar la etiqueta adecuada a cada problema o persona, es mejorar su situación y disminuir el sufrimiento. Si bien la etiqueta, en ocasiones, nos ayuda a entender lo que está pasando y a intervenir sobre el problema, en sí misma la etiqueta no es el objetivo. En este sentido, deberíamos ser reflexivos y críticos ante ciertos requerimientos que estimulan a poner etiquetas diagnósticas en las historias clínicas de nuestros pacientes (se dice que tenemos infradiagnosticada la depresión, por ejemplo), y utilizar las clasificaciones y diagnósticos valorando el beneficio para cada paciente concreto. Poner un diagnóstico médico a un problema social puede tener implicaciones asistenciales y epidemiológicas desastrosas. La utilización de códigos Z (tabla 3) de la CIE10 (problemas en diferentes ámbitos de la vida) nos puede ayudar, en algunas situaciones, a no medicalizar y a visualizar el impacto de los condicionantes sociales en la salud de las personas.

Tabla 3. Algunos ejemplos de códigos Z

Z56	Problemas relacionados con la ocupación y el paro
Z59	Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
Z60	Problemas relacionados con el ambiente social
Z61	Problemas relacionados con hechos negativos acontecidos en la infancia
Z63	Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, incluídas las circunstancias familiares

Fuente: Elaboración propia

6.2.4. Potenciar la autonomía de la persona y las decisiones compartidas

También hay que enfocar las acciones a la recuperación de la autonomía y el control de las personas sobre su propia salud. Hay autores que plantean que el enfoque y la práctica actual de la ciencia médica están provocando una expropiación de la salud, quitando autonomía a las personas y toda capacidad para valorar y evaluar su estado de salud (necesitan ir al médico para que les diga si están sanos o no). Esto ha llevado a una infantilización y pérdida de control que es necesario recuperar para fomentar el empoderamiento sobre la propia salud[32].

Respetar la autonomía de las personas, como uno de los valores principales de la relación profesional-paciente, no implica considerar que el que "toma el mando", unilateralmente, es el paciente. El escenario ha de ser aquel en el que el profesional aporta sus conocimientos y experiencia para establecer la indicación adecuada, y el paciente aporta sus valores, sus creencias y preferencias. Además el profesional, conocedor de la persona, de su biografía y de su entorno, también puede aportar interpretaciones y propuestas de acción adecuadas y propias para cada paciente. Lo más adecuado, por tanto, será el resultado de la ponderación prudente de las obligaciones derivadas del respeto a la autonomía y la beneficencia, en un marco preestablecido por la no-maleficencia y la justícia[33,34].

El modelo de decisión compartida supera al modelo paternalista, que en las situaciones de malestar emocional es frecuente aplicar: "*lo que usted ha de hacer es salir de casa, ir al centro cívico o al gimnasio*". En las decisiones compartidas, se exploran de manera conjunta posibles alternativas y se facilita que la persona opte per alguna de ellas. A partir de aquí se establece el compromiso compartido de poner en marcha la actuación decidida y el seguimiento de su resultado. El hecho de pensar y buscar alternativas contribuye a construir pensamiento, disminuye la victimización, mejora la autoestima y modifica la construcción medicalizadora del malestar. Les decisiones compartidas se toman en la fase resolutoria de la entrevista y han de ser adecuadas a las características de cada paciente y de su momento emocional.

PUNTOS CLAVE

Es necesario que los sistemas sanitarios encuentren caminos para entender los patrones saludables como factores de protección en lugar de centrarse en los patrones de enfermedad.

El concepto de curar no se limita a volver a la normalidad lo que está alterado. También es aliviar o desbloquear una situación o encontrar nuevas perspectivas.

El respeto a la autonomía del paciente es uno de los valores principales de la relación con los profesionales sanitarios.





7. HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE DEL MALESTAR EMOCIONAL

A continuación exponemos las herramientas para la intervención en el marco de la AP. Distinguimos las herramientas básicas, que aplicamos habitualmente en la práctica asistencial, de otros instrumentos más innovadores que se están desarrollando en los últimos años tanto en nuestro país como fuera de él. Todas ellas están al alcance de los profesionales de la AP. Las herramientas que hemos llamado "básicas" tienen que ver con la actitud con la que nos situamos delante de los problemas emocionales y, en general, delante de las personas que atendemos. Estas herramientas están conectadas con la esencia del trabajo en AP, como son la visión integral y personalizada del paciente, y las habilidades de comunicación. Las herramientas más innovadoras como la medicina narrativa, la indicación de no-tratamiento, la prescripción social y las intervenciones grupales comienzan a ser aplicadas en nuestro entorno, a pesar de que están sustentadas en modelos teóricos y experiencias evaluadas en otros países y, a menudo, más utilizadas en otros ámbitos del sistema sanitario.

Con estos instrumentos de intervención podemos hacer frente, en general, de manera efectiva al malestar emocional, y en particular al relacionado con causas sociales. Nos ayudan a encontrar nuestro rol asistencial con enfoques y métodos propios de la atención primaria en un campo donde a menudo nos hemos encontrado perdidos, y en el que nos hemos movido entre el rechazo y la derivación a servicios más especializados.

Cada herramienta tendrá su persona y su momento (de la misma manera que a veces auscultamos el pulmón y a veces palpamos el abdomen), en función de la manifestación del malestar, del conocimiento que tengamos de la persona y del momento de la relación. De todos modos, las diferentes intervenciones no son excluyentes, pueden ser aplicadas durante diferentes etapas del proceso asistencial. De hecho, todas ellas están interrelacionadas, pero su sistematización proporciona solidez a nuestras actuaciones. Tenerlas en la cabeza y en las manos nos dará seguridad y aumentará nuestra competencia.

7.1. Herramientas básicas

Hemos considerado herramientas básicas y fundamentales para el manejo del malestar emocional en la consulta de AP: la escucha activa y empática, el vínculo asistencial, la entrevista clínica, la exploración física y la contención terapéutica.

- **La escucha activa y empática.** La escucha es la principal habilidad médica y es una tarea activa. Hace falta escuchar lo que se dice y lo que no se dice, "escuchar" el lenguaje no verbal y respetar los silencios. Escuchar también atentamente, con toda nuestra presencia, que incluye el contacto visual y la actitud corporal; escuchar con interés genuino y con empatía, sin hacer otras tareas a la vez. La percepción de ser escuchada depende más de la calidad de la escucha que de la duración, y tiene efecto terapéutico.

  La empatía es la capacidad de entender la vivencia y las emociones de los pacientes, de "hacerse cargo"[1] (en el sentido de comprender, no en el sentido de "ya me encargo yo" o "yo me lo cargo"), de entender lo que les está pasando y comunicarles que lo hemos comprendido. Implica reconocer a cada uno como una persona única, personalizarla en una relación de sujeto a sujeto. La escucha empática también es fundamental para la construcción de un buen vínculo asistencial.

  La escucha empática del malestar emocional y la propia relación con las personas consultantes desencadena sentimientos en las profesionales que pueden ayudar o interferir en el manejo adecuado de la situación; por tanto, es necesario desarrollar también una escucha "hacia dentro" de nuestras emociones para hacerlas conscientes y aprender a gestionarlas en nuestro propio beneficio y de los pacientes.

- **El vínculo asistencial.** El vínculo característico de la AP se basa en un conocimiento mutuo construido a lo largo del tiempo (y en permanente cons-

1. Juego de palabras. En el documento original, en catalán, consta: "fer-se càrrec".



trucción en cada visita) y en un gran conocimiento del entorno, especialmente de la familia, que en nuestro contexto cultural tiene mucha importancia. Es una relación de confianza que da seguridad al paciente y que permite a los profesionales gestionar mejor la incertidumbre.

Cuando esta relación es respetuosa, libre de violencias y potenciadora de la autonomía de la persona es, en sí misma, muy terapéutica y puede ser un instrumento transformador. En cambio, si la relación perpetua condicionantes negativos o de poder, estereotipos de género, es juzgadora o infantilizadora, resulta en una nueva victimización del paciente.

Además esta relación asistencial puede iluminarse y enriquecerse con experiencias tipo "flash" [35, 36], momentos de contacto y comprensión mutua intensa, que aumentan la confianza y la calidad del vínculo, y mejoran la eficacia terapéutica de la propia relación.

- **La entrevista clínica.** Es la herramienta imprescindible, no sólo para conocer la información necesaria, sino para la construcción del vínculo asistencial y por su efecto terapéutico. En AP, a menudo la entrevista no se realiza de principio a fin, ni ordenada ni en un único tiempo, sino a lo largo de muchos pequeños momentos en diferentes contactos asistenciales. [37]

  La entrevista más habitual en AP es de formato semiestructurado y flexible, que integra el relato libre con preguntas cerradas para obtener información concreta (ver un ejemplo de guía de entrevista a personas con problemas sociales en el anexo 2). La entrevista ha de adaptarse al lenguaje y al contexto cultural de cada individuo.

  En la fase exploratoria, hay que explorar e identificar las emociones, pensamientos y conductas que genera una determinada situación, así como las sensaciones corporales que se asocian. También puede ser necesario explorar las relaciones familiares y sociales, los factores de vulnerabilidad y protectores, las estrategias de resolución que ya ha puesto en marcha la propia persona o las expectativas y creencias sobre la demanda de ayuda. En esta fase, utilizaremos técnicas de apoyo narrativo en un contexto de baja reactividad: preguntas abiertas, facilitaciones, reflejos empáticos, repeticiones, silencios. Para contribuir a establecer relaciones resultan útiles las clarificaciones, las recapitulaciones y los señalamientos.

  En la fase de resolución, se realiza la devolución y valoración del problema por parte del profesional, identificando los condicionantes sociales y su repercusión sobre la salud. Hay que conseguir la participación del paciente en la construcción de alternativas y en el plan terapéutico, y si es necesario, resituar las expectativas sobre nuestra ayuda.

- **La exploración física.** Muy a menudo el malestar emocional se expresa con manifestaciones físicas, y se ha de tener en cuenta que el dolor físico también causa sufrimiento mental. Es necesario ir más allá de la comprensión dicotómica del sufrimiento físico y mental para entender su significado en cada persona. La exploración física, además de su indudable valor en la orientación diagnóstica, es muy valorada por los pacientes y tiene un gran valor terapéutico, lo que a menudo es una justificación en sí misma. La exploración física respetuosa, el "reconocimiento" de la persona en su corporeidad, permite tranquilizar, serenar, legitimar el malestar, reconocer y aceptar al otro y reforzar el vínculo. Además ofrece un momento único de entrada en la intimidad (no sólo física, sino también emocional), de mucho valor para la comprensión global de la persona.

  De la misma manera, el contacto físico ocasional (coger la mano, tocar el hombro), oportuno y respetuoso, teniendo en cuenta los patrones culturales, puede ser muy útil para expresar emociones, consolar o acompañar.

- **La contención terapéutica.** Es la capacidad de recibir, tolerar y acompañar las emociones (dolor, angustia, desesperación, rabia, confusión, miedo) de las personas consultantes, sin rechazarlas ni juzgarlas ni pasar directamente a la acción. Se trata de ejercer como continente de sentimientos a menudo mal tolerados, evitados o rechazados, que por el hecho de ser escuchados "sin que pase nada" se vuelven menos poderosos.

  Por tanto, hace falta un contexto de baja reactividad donde contengamos las propias emociones e impulsos, evitando etiquetar, derivar o prescribir. Nos hemos de concentrar en acompañar los sentimientos. Hemos de permitir la expresión emocional, legitimar la vivencia de sufrimiento, verbalizar y nombrar las emociones; y posponer la acción a un momento posterior cuando las emociones estén un poco más elaboradas y se puedan orientar mejor las decisiones terapéuticas.

  Además, la contención facilita esta elaboración de las emociones, ya que cuando escuchamos el relato de la persona en la consulta, ella misma también se escucha (a veces, por primera vez); y si nosotros somos



capaces de escucharlo de forma comprensiva, actuamos como un espejo donde verse y entenderse mejor.

La práctica de la contención terapéutica es muy satisfactoria, pero también difícil y compleja, por tanto es muy importante que no subestimemos el esfuerzo que supone, especialmente delante de situaciones crónicas en las que no se espera la curación. Por otra parte, hay que vigilar de no favorecer relaciones de dependencia, orientando la actuación a fortalecer la autonomía y los aspectos más sanos de las personas.

7.2. Otras formas estructuradas de soporte psicológico.

En AP, a menudo tenemos dificultades para realizar soporte psicológico a las personas con malestar emocional, relacionadas por un lado con la sensación de falta de tiempo, y por otro con la percepción de falta de habilidades específicas (a pesar de que en ningún momento estamos hablando de una psicoterapia reglada). Es importante destacar que en AP ya hacemos soporte psicológico de gran potencial terapéutico a través de las herramientas básicas descritas hasta ahora, a pesar de que con frecuencia no seamos conscientes o no le demos este nombre.

Así, puede ser útil conocer otras pautas más estructuradas de soporte psicológico, entenderlas e integrarlas con otros elementos de comunicación asistencial para conseguir una atención centrada específicamente en las necesidades de cada persona.

- **La entrevista motivacional**[38]. A pesar de que se desarrolló para impulsar modificaciones de conducta se ha mostrado eficaz para ayudar en la toma de decisiones (por ejemplo, en mujeres que sufren violencia de género) y para mejorar aspectos de la vida con repercusiones emocionales negativas. Tiene la ventaja de ser un modelo familiar para los profesionales sanitarios, que ayuda a centrarnos en una actitud de acompañamiento respecto al proceso de cambio, permitiendo que sea la persona atendida quien defina los objetivos [39,40].

  Algunos elementos de ayuda basados en el modelo de entrevista motivacional son**:**

  - Inhibir el reflejo de redirigir a la persona. No decirle lo que ha de hacer o no hacer. Ayudar al paciente de una forma colaborativa.
  - Explorar y entender las motivaciones. Valorar aspectos de la vida de las personas que pueden estar afectando negativamente y comprender el porqué de las actitudes.
  - Escuchar con empatía. Ponerse en la piel del otro, entender su situación y comunicárselo.
  - Apoyar el sentimiento de autoeficacia. Potenciar aquellos aspectos positivos de las personas que protegen su salud. "*Por todo lo que me explica entiendo perfectamente su malestar, pero a pesar de ello usted parece llevarlo bastante bien. ¿Cómo lo hace?*".

- **La técnica BATHE**[41]. Aunque existen diferentes escuelas y autores que argumentan sobre diversas maneras de orientar las pautas de soporte psicológico en AP, proponemos ésta por su simplicidad. Esta técnica se nutre de los elementos de la comunicación y la entrevista motivacional comentados anteriormente y trata de establecer una pauta para el profesional; es muy simple y puede ser aplicada en sólo unos 5 minutos de consulta. El acrónimo nos servirá para tener claro que estamos haciendo un soporte estandarizado y con diferentes componentes:

  - B (Background): antecedentes de la persona, causas del malestar.
  - A (Affect): cómo está repercutiendo el problema en su vida.
  - T (Troubling): Qué es lo que más le preocupa sobre el problema. Transmitir que puede encontrar soluciones /mejoras a los problemas.
  - H (Handling): estrategias de afrontamiento. Repasar lo que se ha hecho y acordar nuevas posibilidades.
  - E (Empathy): mostrar empatía en todo momento.

Existen otras pautas y técnicas de soporte psicológico, algunas de las cuales se indican en los apartados siguientes. Se recomienda el conocimiento de estas técnicas y, en la medida de lo posible, adaptarlas a la realidad de cada profesional para que puedan incorporarse a la práctica asistencial habitual y así ayudar al manejo del malestar emocional de los pacientes [42,42,44, 45].

7.3. Medicina narrativa

La medicina narrativa es un modelo que surge en los años 90 y que consiste en integrar al conocimiento científico médico una comprensión más profunda de las vivencias personales a través de las historias que nos explican las personas que atendemos; priorizando lo subjetivo, el relato biográfico y la alianza terapéutica.

Los procesos de enfermar y de sanarse pueden ser considerados como narraciones promulgadas dentro de las narrativas de vida más amplias[46]. Las personas



otorgamos diferentes significados al binomio salud-enfermedad dependiendo del momento vital, las características individuales y el contexto sociocultural; y en función de éstos elaboramos historias.

Los relatos de estas historias se construyen en relación a los otros, y permiten encontrar explicaciones a sucesos inesperados o incomprensibles y dar coherencia y significado a la experiencia[47]. Por este motivo, saber interpretar y acompañar en las narrativas es un acto terapéutico. En ocasiones el profesional puede ayudar a construir estas historias, aportando contribuciones, pero nunca imponiendo una verdad o realidad.

La interpretación es fundamental para el análisis de la narrativa. Para poder interpretar un relato, además del contenido, tenemos que poner atención en la forma de narrar, el curso temporal, los subargumentos asociados, las imágenes, los silencios, los gestos, las expresiones, la posición corporal, el tono de voz o cómo relaciona los síntomas con otros acontecimientos vitales[48]. Existen técnicas de microanálisis de los relatos que incluyen el texto, el tono, las pausas, las interrupciones y la comunicación no verbal[49].

En el marco de la salud mental, la terapia narrativa puede resultar un instrumento muy útil en cuanto que nos ayuda a construir una historia con el paciente que da coherencia a sus vivencias de salud y enfermedad, favoreciendo el relato propio que resulte terapéutico o adaptativo. No se trata de verificar su historia, sino de que ésta tenga sentido para él[50].

7.4 Indicación de no-tratamiento

El concepto "indicación de no-tratamiento"[51], desarrollado por el psiquiatra Alberto Ortiz Lobo, es la intervención más representativa de la prevención cuaternaria en salud mental. En su definición se identifican dos significados contrapuestos: intervenir (a través de la visita o contacto con la persona atendida) para no intervenir (indicando un no-tratamiento). Esta indicación se basa en la ética de la negativa: decir no de manera argumentada cuando una intervención con tratamiento (farmacológico o no farmacológico) implica más riesgo que beneficio. Esta ética de la negativa suele ir acompañada de la ética de la ignorancia, es decir, compartir que no sabemos con certeza cómo pueden evolucionar ciertas situaciones y que las posturas intervencionistas pueden implicar más daños.

La indicación de no-tratamiento se basa en el contacto con la persona que consulta y la entrevista clínica que se comparte con ella. También se basa en las na-

Tabla 4. Ejemplos de intervenciones según la fase de la indicación de no-tratamiento.

FASES	INTERVENCIONES	EJEMPLOS
1. Escucha empática Conocer qué le pasa al paciente y transmitirle que le estamos entendiendo	Reflejo de sentimientos	*"Parece que se siente muy inseguro con todo lo que le ha pasado..."* *"Veo que cuando me habla de su mujer se entristece..."* *"¿Y usted se enfadó cuando su compañero no le tuvo en cuenta?"*
	Silencio	......
	Preguntas cerradas	*"¿Cuánto tiempo hace que murió su hijo?"*
	Paráfrasis	*"Así que su pareja le ha dejado..."*
2. Construcción de una versión inicial Acordar de forma conjunta, paciente-profesional, una versión inicial	Clarificaciones	*"¿Qué significa para usted sentirse mal?"* *"¿Qué quiere decir cuando dice que necesita ayuda?"*
	Recapitulaciones	*"Así que desde que su hijo se fue y se quedó sola se encuentra triste y sin ganas de hacer nada..."* *"Si no me equivoco, usted quiere que le dé medicación para mejorar su malestar..."* *"Entonces, su idea es que yo le aconseje sobre qué puede hacer para afrontar su divorcio"*

➜



FASES	INTERVENCIONES	EJEMPLOS
3. Deconstrucción Desvincular el problema que nos presenta de lo patológico y de su solución en el ámbito sanitario	Preguntas-sugerencia	*"¿Se ha sentido así en otras ocasiones de su vida? ¿Qué pasó entonces? ¿Cómo lo afrontó?"* *"¿Le sorprende sentirse tan triste por la muerte de su hermano?"*
	Confrontaciones	*"Me dice que está indignado con su conflicto laboral, pero, a pesar de todo, es capaz de cuidar sus hijos y la casa, ¿no? ¿Qué piensa de esto?"* *"Me explica que su jefe lo ha despedido inesperadamente, pero ya me había explicado diversos enfrentamientos previos, ¿no?"*
	Meta-comunicaciones	*"Me parece que decepcionaré sus expectativas, pero pienso que ni yo ni nadie podrá solucionar su malestar de forma inmediata, ¿como lo ve usted?"* *"Creo que usted piensa que yo podré hacer desaparecer su malestar de forma casi mágica, pero no tengo esta capacidad, ¿cómo lo ve usted?"*
	Interpretaciones	*"Me explica que está muy triste per la muerte de su padre, pero me pregunto si el problema no es también que no se acaba de permitir sentirse así"* *"Tengo la sensación de que, más allá de la frustración que tiene con el trabajo, sus padres no se dan cuenta de todo lo que está sufriendo y no sabe cómo transmitírselo"*
4. Resignificación Co-construir una nueva versión en la cual: • La problemática que se plantea quede vinculada a su contexto cotidiano saludable • La carga emocional esté legitimada y normalizada • El rol de enfermo/a cambie a un rol más activo e independiente	Interpretaciones	*"Parece que esta tristeza que siente por la muerte de su padre es reflejo de que lo quería y de la buena relación que tenían"* *"Tengo la sensación de que toda la indignación que siente por el maltrato que está sufriendo en la empresa le está ayudando a enfrentarse y a poder denunciarlos"* *"Creo que ahora está atravesando el túnel y todavía necesitará un tiempo para volver a ver la luz"*
	Refuerzos	*"Aunque lo está pasando mal, mantiene intacta su capacidad de pedir ayuda y por esto está usted aquí. No hace falta que ahora siga ningún tratamiento, esta capacidad que tiene le ayudará a contar con el apoyo de la gente más cercana a usted"*
	Dar información	*"Perder el apetito cuando pasa algún acontecimiento vital como el que le ha tocado vivir es muy esperable"* *"Sentirse muy triste cuando muere alguien muy cercano y especial como su mujer parece sensato y necesario, ¿cuál es su opinión?"*
5. Cierre Despedirse dejando la puerta abierta a nuevas consultas	Refuerzos	*"Creo que ha sido útil que hayamos podido aclarar en esta entrevista la naturaleza de su malestar"*
	Dar información	*"No precisa ningún tratamiento ni es necesario que le vea ningún psicólogo; a pesar de todo, si en las próximas semanas se encuentra peor, venga a verme y revisaremos cómo va todo"*

Fuente: Elaboración propia a partir del artículo de Ortiz-Lobo y Sobrado de Vicente[52]

rrativas que se construyen, que nos aportan significado, contexto y perspectiva del sufrimiento (el cómo, el por qué y el de qué manera), sin olvidar que el contexto sociocultural es el marco para entender a la persona, la familia, el entorno, el malestar y la enfermedad. Su autor[52], describe la intervención en seis fases. Cada una de ellas tiene unos objetivos asociados, unas tareas y habilidades a desarrollar y mantener por los profesionales. Algunas sugerencias para desarrollar las habilidades de comunicación y entrevista clínica en cada una de las fases de intervención se detallan en la tabla 4.



En la indicación de no-tratamiento, los psicofármacos o la psicoterapia no estarían indicados. En algunos contextos, el uso de benzodiazepinas podría ser apropiado por un tiempo limitado para favorecer la normalización de la vida (por ejemplo, para ayudar a descansar).

Este modelo de atención de los malestares de la vida que se atienden en la consulta de AP, tiene en cuenta nuestra responsabilidad profesional de no rechazar consultas debidas a malestares vitales por considerarlos inadecuados ("*esto no me toca*") sino asumirlos, dar respuesta y poder argumentar las no-intervenciones (farmacológicas y no farmacológicas).

El mensaje transmitido en la indicación de no tratamiento es que la persona está sana, que tiene suficientes recursos para afrontar la situación que está viviendo y que, por tanto, no precisa tratamiento. No obstante, se pueden indicar medidas saludables si se piensa que se puede beneficiar (ejercicio, higiene del sueño). Estas recomendaciones otorgan a las personas mayor protagonismo, responsabilidad y autonomía en su mejoría. Igualmente, si es necesario, se le pueden sugerir otras alternativas para resolver su problema: servicios sociales, sindicatos, abogados, etc.

7.5 Prescripción social

La llamada "prescripción social" es un concepto relativamente nuevo que aparece sobretodo en el mundo anglosajón entre finales del siglo XX y principios del XXI. Hace referencia a la capacidad del sistema sanitario y social para promover el acceso a recursos de soporte de la comunidad con el fin de atender problemas diversos y promover la salud. Es una manera formal e institucional de establecer vínculos entre individuos y comunidad con una visión holística del concepto de salud biopsicosocial[53,54].

A pesar de que el término "prescripción" normalmente se ha asociado a un fármaco o medicamento, cualquier acto de un profesional sanitario o social que implique una intervención para mejorar la salud se puede llamar "prescripción", y es en este sentido que se utiliza este término. Algunos profesionales prefieren hablar de "recomendaciones" para intentar evitar asociar "prescripción" con medicalización. En cualquier caso, mantenemos esta terminología porque es la más extendida y la que aparece en la evidencia existente sobre este tipo de intervenciones en la actualidad.

Existen experiencias en algunos países (Reino Unido sobretodo), en donde la prescripción social está integrada en la Atención Primaria a través de la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social que ayuda a fortalecer los vínculos de la comunidad[55]. En este sentido, se considera la potencialidad terapéutica de la comunidad y la posibilidad de contribuir a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a través de elementos de cultura, ocio, educación, ocupación laboral y entorno ambiental. La prescripción social se ha utilizado en contextos con problemas de malestar emocional o psicológico, pero también para situaciones de aislamiento social o de problemas de dependencia[56].

El potencial beneficio de la prescripción social radica en el efecto sobre la salud de la sociabilidad y la actividad desarrollada en el ámbito de la comunidad. En algunos casos la actividad puede ser individual, aunque también pueda tener una evidente repercusión en la comunidad, como es el caso de los diferentes tipos de voluntariado (ver tabla 5).

Taula 5. Ejemplos de actividades de prescripción social

ACTIVIDADES INDIVIDUALES	ACTIVIDADES GRUPALES
Voluntariado como cuidador/a	Taller de terapia ocupacional
Voluntariado como paciente experto	Grupo excursionista
Voluntariado como agente social	Canto en una coral

Fuente: elaboración propia

Las posibilidades que ofrece la comunidad son tan diversas como actividades deportivas, talleres ocupacionales, grupos culturales u otros. Los profesionales sanitarios tradicionalmente estamos acostumbrados a recomendar la actividad física por sus efectos beneficiosos a nivel cardiovascular y más recientemente también por sus beneficios sobre el bienestar emocional. En cambio, no se tiene en cuenta el beneficio para la salud que otras actividades en la comunidad pueden proporcionar. En este sentido, es importante señalar la evidencia existente sobre la importancia de la percepción de apoyo social para la salud. Incluso existe evidencia de la relación entre mortalidad, apoyo social[57] y del efecto modulador del apoyo social sobre el malestar emocional[58]. Es por este motivo que, a pesar de no conocer del todo los mecanismos por los cuales resulta beneficiosa la prescripción social, sus indudables beneficios implican la necesidad de poder trabajar con esta visión.



La prescripción social pretende mejorar el estado emocional de las personas y colectivos, favoreciendo su participación en programas y fórums comunitarios. Existen estudios sobre la implantación de la prescripción social en diversas poblaciones como familias monoparentales, personas mayores, personas en fase de duelo, personas que han emigrado recientemente y personas con limitaciones funcionales. Disponemos de evidencia de efectos positivos para la salud en personas con alteraciones del estado de ánimo, con hiperfrecuentación a los servicios sanitarios y con trastornos crónicos. Los efectos positivos descritos, aunque no bien evaluados, van en la línea de reducir el aislamiento y favorecer la interacción y el apoyo social, mejorar el estado de ánimo y las habilidades comunicativas mediante la participación de las actividades en la comunidad.

Es importante que la prescripción social o de recursos y actividades comunitarias no sea un ejercicio impositivo ni vertical, tendría que ser un instrumento para fortalecer a las personas y a la comunidad. De esta manera, si el personal sanitario orienta en cómo acceder y utilizar los activos y recursos comunitarios desde la propia consulta, favorece una atención clínica más contextualizada, más orientada a la salud y menos medicalizadora de la vida cotidiana.

Para poder llevar a término este tipo de actividad se preconiza la necesidad de elaborar el llamado mapa de recursos sociales de la comunidad[59]. En nuestro entorno y en Cataluña, existen diferentes experiencias de prescripción social desde la AP con la participación de la atención sociosanitaria y de las redes sociales. Algunos proyectos piloto de prescripción social (ver anexo 3) se incluyen en el marco del Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT)[60].

Para realizar la tarea de prescripción social de forma adecuada se tienen que priorizar una serie de recursos entre los disponibles en la comunidad. Una vez identificados los recursos, los pasos a seguir son los siguientes:

- Realizar un acuerdo previo con la persona responsable del recurso que actuará acogiendo al paciente.
- Informar a todo el equipo de atención primaria de los recursos disponibles para la prescripción social y el circuito a realizar.
- En cada caso, pactar con la persona el recurso más adecuado.
- Explicar claramente el recurso y la persona de referencia para la acogida.
- Evaluar con posterioridad, conjuntamente con el paciente, la adecuación de la derivación. Para esta evaluación, además de criterios clínicos, podemos utilizar también instrumentos para medir aspectos como la calidad de vida o la percepción de apoyo social.

7.6 Intervenciones grupales y grupos terapéuticos.

Las intervenciones grupales y grupos terapéuticos nos ayudan a mejorar el estado de salud de las personas, sobretodo en situaciones de vulnerabilidad social y emocional (problemas de salud mental, aislamiento social, paro). Los grupos terapéuticos fomentan la red social y pueden transformar los problemas individuales en vivencias colectivas.

Existen diferentes tipos de grupos:

- **La educación grupal o colectiva**, que se define como una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de personas, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.

- **Los grupos psicoeducativos**. Es un tipo de educación grupal dirigida a mejorar la salud mental de los individuos-grupos. Se trabaja el autoconocimiento, la relación entre los síntomas somáticos y el sufrimiento mental, los estilos de vida saludables y las técnicas de relajación, entre otros. Pueden ser dirigidos-dinamizados por un profesional sanitario del equipo o por profesionales de soporte que tengan habilidades y conocimientos metodológicos sobre el trabajo en grupo. Se aconseja contar con dos terapeutas para trabajar con cada grupo, uno dirigiendo la dinámica y el otro haciendo de observador.

Otros tipos de grupos dentro de la comunidad que se pueden usar como a herramienta terapéutica en la AP son:

- **Los grupos de ayuda mutua** (GAM). Los GAM desarrollan formas horizontales de ayuda recíproca, creando un espacio de autocuidado y de auto-atención. El grupo se construye sobre la historia compartida de un mismo problema. Los GAM funcionan sin profesionales. Desde la AP se puede informar de su existencia o sugerir la participación en estos grupos. Abordan diferentes situaciones vitales como convivir con enfermedades crónicas (ej: esclerosis múltiple), problemas psicosociales (duelo, soledad, pérdida o problemáticas con los hijos) o problemas estructurales (paro, marginación, minorías étnicas, afectados por la hipoteca...).



- **Las asociaciones de salud**. Están formadas habitualmente por familiares, a veces también por afectados y profesionales. En algunos casos los profesionales son los fundadores y/o dirigentes. Se suelen financiar mediante subvenciones públicas y/o privadas. Hay riesgo de utilización de estas entidades en función de intereses privados o políticos.

Dentro del ámbito del trabajo social podríamos hablar de: grupos socioterapéuticos, grupos socioeducativos, grupos de acción social y grupos de ayuda mutua[61]. Desde la Educación para la Salud[62], se hace la siguiente clasificación: grupos de terapia, grupos de autoayuda, grupos de aprendizaje y grupos de colaboración.

Los grupos terapéuticos pueden abordar aspectos que no se trabajan en las intervenciones individuales:

- reducen el sentimiento de soledad y singularidad
- aumentan la autoestima y seguridad a través de la participación activa en el grupo
- facilitan el aprendizaje a partir de las relaciones interpersonales
- ayudan a integrar los cambios desde la experiencia
- fomentan las habilidades sociales y el autoconocimiento

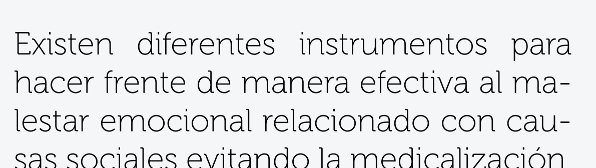
Las situaciones de necesidad y de exclusión tienden a aislar a las personas, a menudo llegando a romper los lazos de unión y protección con los otros. El aislamiento, la soledad, la vergüenza, la sensación de pérdida de poder y de control sobre la vida o la disminución de la autoestima suelen acompañar los procesos de enfermar y las situaciones de vulnerabilidad. Es por eso que la intervención grupal se describe como la estrategia profesional ideal para contrarrestar los síntomas derivados de las pérdidas y otras experiencias traumáticas[63], para paliar la soledad y superar el aislamiento[64].

Los grupos favorecen la expresión de emociones y sentimientos, desarrollan la capacidad de escucha, de pensar, de analizar las situaciones y los conflictos[65]. La experiencia de grupo proporciona el poder de la toma de conciencia sobre las propias situaciones de vida[66] y ayuda a los participantes a incorporar relaciones y experiencias positivas para utilizar fuera de este[67]. Por lo tanto, es también una plataforma para el enriquecimiento de la red de relaciones sociales[68].

La adquisición de competencias y habilidades se destaca también como otro de los factores que posibilita el cambio en la intervención grupal[68]. Los participantes de un grupo desarrollan conocimientos y habilidades para hacer frente con más potencial a los problemas sociales, a las transiciones de desarrollo y a las crisis vitales[69].

También se ha de tener en cuenta que para los profesionales de la salud, la experiencia del trabajo con grupos es enriquecedora, ya que ofrece una visión de los pacientes y de sus necesidades en relación a los otros, más allá de las visitas en las consultas.





PUNTOS CLAVE

Existen diferentes instrumentos para hacer frente de manera efectiva al malestar emocional relacionado con causas sociales evitando la medicalización.

Las herramientas básicas para el abordaje del malestar emocional son: la escucha activa, la entrevista clínica, el vínculo asistencial, la exploración física y la contención terapéutica.

Los profesionales, en nosotros mismos, tenemos un importante potencial terapéutico.

Nos hemos de formar y mantener las habilidades para aplicar las herramientas básicas que nos son propias.

Interpretar y acompañar a los pacientes en sus narrativas es un acto terapéutico.

La indicación de no tratamiento se basa en la entrevista y la construcción de significados que eviten la medicalización.

La prescripción social disminuye el aislamiento, favorece la interacción social y mejora el estado de ánimo.

Las intervenciones grupales pueden abordar aspectos que es mejor trabajarlos en un contexto colectivo.





8. IDEAS PARA LA INVESTIGACIÓN

A continuación se detallan algunas ideas que podrían servir para la investigación y poder así ampliar el conocimiento de algunos de los aspectos comentados en este documento.

8.1. Pistas para búsqueda en el concepto de enfermar y demandas asistenciales

- Percepción del concepto de salud biopsicosocial por parte de los profesionales y de los usuarios de AP.
- Percepción de la idoneidad del concepto de malestar emocional en AP, por parte de los profesionales.
- Valoración de actitudes y habilidades para el manejo del malestar emocional por parte de los profesionales de AP.
- Conocimiento de los pacientes y los profesionales de AP del impacto de la crisis económica en el malestar emocional de las personas.
- Variables que influyen en la percepción del malestar emocional en el contexto de crisis económica.
- Valoración por parte de los profesionales de AP de la idoneidad de las clasificaciones de enfermedades mentales en la práctica asistencial. Plantear si sería necesaria una clasificación propia para la AP.
- Relación entre hiperfrecuentación en AP y demandas asistenciales.
- Variables que influyen en la hiperfrecuentación de pacientes con malestar emocional.

8.2. Pistas para la investigación en herramientas de manejo del malestar emocional en atención primaria

En cuanto a las herramientas para el manejo del malestar emocional, proponemos pistas de investigación en las diversas posibilidades terapéuticas: **en apoyo psicológico, en prescripción social y en terapia grupal:**

- Cuál es la efectividad y la eficiencia del apoyo psicológico, la prescripción social y la terapia grupal en la depresión y otros trastornos emocionales y mentales.
- Qué tipo de actividades de apoyo psicológico, prescripción social y terapia grupal resultan más eficientes y para qué tipo de problemas.
- Comparación de la efectividad del apoyo psicológico, la prescripción social y la terapia grupal para trastornos de salud emocional y otros con afectación emocional en relación a otros tratamientos habituales.
- Percepción de la efectividad del apoyo psicológico, la prescripción social y la terapia grupal por parte de los diferentes tipos de profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales).
- Percepción de la efectividad del apoyo psicológico, la prescripción social y la terapia grupal según el perfil de los profesionales (más o menos empático, más o menos sensible al sufrimiento emocional). Ver qué perfil es más efectivo para abordar estos problemas.
- Aceptabilidad del apoyo psicológico, la prescripción social y la terapia grupal por parte de los usuarios en comparación con otros tipos de tratamientos.
- Impacto del apoyo psicológico, la prescripción social y la terapia grupal por el malestar emocional en los problemas crónicos de salud física.
- Impacto del apoyo psicológico, la prescripción social y la terapia grupal por el malestar emocional en los estilos de vida y en concreto en hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, no consumo de sustancias...).
- Coste-efectividad y coste-utilidad de diferentes intervenciones de apoyo psicológico, de prescripción social y de terapia grupal (valoración de impacto en resultados de salud y de calidad de vida).





ANEXO 1.
MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD (MODELO SALUTOGÉNICO)

Según la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la inversión en salud y desarrollo, los "activos de salud" son los recursos a los que tienen acceso las personas y las comunidades, que protegen y/o promocionan estados de salud. Estos activos pueden ser recursos sociales, financieros, físicos, medio-ambientales o humanos. En la tabla 1 se pueden observar algunos de los principios globales de este modelo tal y como aparecen resumidos en un manual de referencia sobre salutogénesis y activos para la salud, editado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Tabla 1. Principios globales del Modelo de Activos para la Salud [29]

MODELO DE ACTIVOS
Centrado en los factores de protección y promoción de la salud positiva para la creación de salud más allá de la prevención de la enfermedad.
Ayuda a reconstruir el conocimiento existente y a reunir nuevo conocimiento para facilitar la promoción de los enfoques para la salud positiva, el bienestar y el desarrollo.
Promueve un enfoque del curso vital por comprender los activos clave en cada fase clave de la vida.
Se centra en la necesidad de implicar a comunidades en todos los aspectos del proceso del desarrollo de la salud.
Reconoce que muchos de los activos clave para generar salud se encuentran en los contextos sociales de las vidas de las personas, y por lo tanto tiene la oportunidad de contribuir a equilibrar las desigualdades en salud.

Los activos para la salud incluyen tres niveles: persona, comunidad y organización/institución. Un inventario de activos de salud incluiría, como mínimo, lo siguiente:

- **Persona:** competencia social, resistencia, compromiso con el aprendizaje, valores positivos, autoestima y voluntad.
- **Comunidad:** red (de apoyo) de familiares y amigos, solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, grupos afines, tolerancia religiosa y armonía.
- **Organización/institución:** recursos medio-ambientales necesarios para promocionar la salud física, mental y social, seguridad laboral, lugares donde vivir seguros y agradables, democracia política y oportunidades de participación, justicia social y fomento de la equidad.

Antes de empezar a identificar los activos de salud en un entorno determinado se debe contestar a la pregunta de por qué queremos conocer los activos. Es un error frecuente generar un catálogo /inventario de recursos en una página web y no vincularlos a ninguna intervención de salud. Es fundamental contextualizar esta identificación de activos dentro de un proyecto determinado. Trabajar con los activos de la salud dentro y fuera de la consulta supone conocer las riquezas personales, familiares y sociales de la persona que tenemos delante, y también conocer qué riquezas y activos tiene la comunidad para vincular su problema con un recurso/activo de la comunidad que le pueda ayudar[70]. También es necesario un desarrollo de la salud comunitaria fuera de la consulta, de manera que los recursos comunitarios que tienen una función importante en la salud poblacional (ayuntamiento, educación, asociaciones, movimientos ciudadanos, servicios sociales) tengan mayor protagonismo.

La comunidad tiene un papel clave para identificar activos. Un recurso que genera salud es aquél que la comunidad señala y define como elemento que mejora el bienestar individual, grupal o social.

El desarrollo de un modelo de activos se basaría en:

- Identificación de factores de protección y promoción de la salud que actúen juntos para fomentar salud y bienestar, y opciones políticas necesarias para construir y mantener estos factores.



- La promoción de la población como coproductora de salud.

- Refuerzo de las capacidades de las personas y comunidades para materializar su potencial y contribuir al desarrollo de la salud

- Contribución a un desarrollo social y económico más equitativo y social.

El modelo de activos también incluye el concepto de mapa de activos[71], como una forma de promocionar la implementación efectiva de políticas basadas en la equidad, midiendo la capacidad de una comunidad para involucrarse en actividades de desarrollo de salud.

Este modelo contempla un enfoque multidisciplinar de evaluación de intervenciones complejas, creando un conjunto de indicadores "salutogénicos" para medir la efectividad de estas intervenciones en diferentes contextos:

- Desde un modelo de prevención de enfermedades que se centra en la morbilidad y la mortalidad, hacia un enfoque que comprende salud y bienestar general.

- Desde un modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo dinámico múltiple de salud y sus determinantes.

- Desde intervenciones individuales hacia intervenciones comunitarias o a nivel de sistema.

- Desde un destinatario más pasivo de los programas sanitarios hacia un modelo de participación pública más activo en salud.

- El marco de evaluación del modelo de activos incorpora un análisis de las diferentes perspectivas de las partes interesadas y aborda la necesidad de realizar preguntas no sólo sobre lo que funciona, sino para quién y en qué circunstancias.

El modelo de activos pone énfasis en la necesidad de reforzar las comunidades locales y, mediante el desarrollo del mapa de activos, promueve el empoderamiento de la comunidad, fomenta las capacidades personales a través de un enfoque salutogénico del desarrollo sanitario, y crea entornos de apoyo, ayudando a identificar los activos clave que generan condiciones de vida seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables.

Además, interviene sobre la salud pública y puede ayudar a reconsiderar la conceptualización de la idea de salud para aumentar la disponibilidad de recursos de las personas, y ofrecer mecanismos para garantizar políticas y programas dirigidos a abordar las desigualdades sanitarias. También para valorar la eficacia de las organizaciones sociales en su contribución al bienestar general de las comunidades de las cuales forman parte.





ANEXO 2.
GUÍA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Para consulta de personas que manifiestan malestar relacionados con problemas o pérdidas económicas y/o sociales en el marco de la atención primaria (Elaborado por el equipo de atención primaria Montornès-Montmeló)

La entrevista semiestructurada no es un cuestionario, ni una escala. Es, según Borell[37], una secuencia de intervenciones verbales y no verbales, que siguen un orden lógico, para abordar un problema y constituyen una guía orientativa. La entrevista puede seguir o no la línea de trabajo propuesta, puede cambiar el orden o posponer para otra entrevista algunas preguntas, siempre en función del entrevistado, sus necesidades, sus características y su estado emocional. En toda entrevista semiestructurada existe la fase exploratoria y la fase de resolución.

Entrevista semiestructurada para población adulta:

FASE EXPLORATORIA

1. **Enunciación del problema:** se trata de poner de manifiesto la problemática que presenta: despido, sobreexplotación, inestabilidad laboral, falta de medios económicos para comprar alimentos, pérdida del domicilio, paro de larga duración…. Preguntas como:

   - *¿Qué le ha pasado?*
   - *¿Está pasando por alguna dificultad laboral o económica? ¿Desde cuándo?*
   - *¿Hay problemas en casa?*

2. **Las dimensiones del problema:** tiempo de evolución, personas afectadas (es necesario conocer el núcleo familiar, parejas, hijos, padres y otros miembros de la familia afectados). Posibles preguntas:

   - *¿Qué repercusión tiene la situación sobre el resto de la familia?*
   - *¿Tienen problemas para asumir los pagos pendientes?, ¿existe riesgo de perder la casa?, ¿existe riesgo de perder el trabajo?*
   - *¿Dónde irán a vivir, ¿dónde viven ahora?*
   - *¿Tienen las necesidades básicas cubiertas?*
   - *¿Hay más personas afectadas en su entorno, empresa, comunidad…?*

3. **Impacto emocional y funcional**: sensaciones, emociones, ideas y pensamientos, conductas, relaciones familiares. Indaga sobre las vivencias y la respuesta subjetiva. Es la parte de la entrevista que nos aportará más información sobre el problema, la interpretación y los significados elaborados.

   - *¿Cómo se encuentra usted, tiene algún malestar físico, insomnio, ansiedad?*
   - *¿Se encuentra triste, culpable, tiene miedo, se considera inútil o fracasado?*
   - *¿Piensa que alguien le ha hecho o quiere hacerle daño?*
   - *¿Se siente maltratado?, ¿cree que se ha hecho una injusticia con usted?*
   - *¿Piensa que está enfermo?*
   - *Desde que tiene este problema, ¿ha cambiado su conducta?, ¿le cuesta salir de casa o regresar a ella?, ¿le cuesta hablar con los demás?, ¿bebe más alcohol que el habitual?, ¿consume algún tipo de droga?*
   - *¿Se enfada con frecuencia?, ¿ha tenido alguna discusión en el lugar del conflicto: empresa, banco…?*
   - *¿Se siente más irritable con su pareja o con sus hijos?, ¿ha estado agresivo alguna vez?*
   - *¿Ha cambiado la relación con su pareja?*
   - *¿Cómo afecta el problema a sus hijos?, ¿se lo ha explicado?, ¿tienen problemas en la escuela?, ¿tienen problemas de conducta (drogas, delincuencia…)?*
   - *¿Considera que ha hecho alguna cosa mal?*

4. **Valoración clínica del impacto emocional:** conocer si hay un trastorno mental anterior, antecedente de trastornos adaptativos, tipo de personalidad. En general se situará en el terreno del trastorno adaptativo, con combinación de ansiedad y trastorno de ánimo con diferentes graduaciones de grave-



dad, desde leve hasta grave, como ansiedad incapacitante, ideación o intento autolítico.

- *¿Se siente nervioso, le cuesta dormir, tiene palpitaciones, dificultad para respirar?*
- *¿Tiene crisis de ansiedad? ¿Con qué frecuencia? ¿Le incapacita?*
- *¿Ha perdido el apetito o al contrario come más?*
- *¿Se siente desanimada, sin esperanza?*
- *¿Ha perdido la ilusión? ¿Se siente con fuerzas para continuar adelante?*
- *¿A veces piensa en la muerte? ¿Tiene ganas de morir?*
- *¿Ha pensado en hacer alguna cosa para morir?*

5. **Valoración de los recursos y estrategias que ha realizado para encontrar la solución:** Se trata de identificar y potenciar los mecanismos de resistencia y adaptación utilizados hasta ahora. Preguntas:

- *¿Hasta ahora, ha realizado alguna cosa para resolver el problema?, ¿ha hablado con los interlocutores (banco, empresa)?, ¿es posible llegar a un acuerdo?*
- *¿Ve alguna solución factible?*
- *¿Ha estado en contacto con personas en situación similar, grupos de personas afectadas por el mismo problema...?*
- *¿Ha cambiado su manera de ver las cosas, sus prioridades, la manera como quiere vivir su futuro?*

FASE RESOLUTIVA

En esta fase se ayuda a elaborar el discurso sobre lo que le pasa y a detectar necesidades, posibilidades de apoyo (sanitario, social, comunitario, psicológico o psiquiátrico si es necesario) y de acción por parte del afectado.

1. **Valoración y retorno por parte del profesional:** en este momento se realizara la evaluación diagnóstica: problema social (diagnóstico Z) y diagnóstico clínico si tiene ansiedad, insomnio, depresión, consumo nocivo de sustancias.... Frases que se pueden utilizar:

- *Lo que siente, el malestar, tiene que ver con el sufrimiento que le ocasiona su situación.*
- *Parece que le esta afectando mucho, o parece que lo esta llevando bastante bien.*
- *Tiene mucha ansiedad que le impide dormir... o tiene muy afectado el estado de ánimo.*
- *Estos problemas* afectan a mucha gente, es un *problema social, usted no es el culpable.*
- *Sus síntomas no corresponden a una enfermedad propiamente dicha.*

2. **Situar las expectativas:** de lo que puede hacer el sistema sanitario y los servicios sociales: el papel de los fármacos, valorar si son necesarios.

- *¿Cómo piensa que le puedo ayudar?*
- *¿Cree que necesita algún medicamento?*
- *¿Ha hablado con servicios sociales?*

3. **Marcar recomendaciones y acordar alguna acción y cambio de expectativas si es posible:** las recomendaciones irán dirigidas a evitar o disminuir el aislamiento, evitar la medicalización, resolver las necesidades y proyectar una solución. Las recomendaciones serán de tipo: Indicación de no-tratamiento, prescripción social, prescripción farmacológica si es necesaria, explicando su objetivo. En este momento, intentaremos la implicación y el compromiso personal en el plan de acción, que se llevará a cabo en un proceso de decisión compartida. Utilizaremos frases intencionadas del tipo:

- *¿En qué piensa que le puedo ayudar?. De tododo lo que le he comentado, qué piensa que lo puede ayudar?*
- *Quedamos en hacer...*
- *¿Cuándo lo hará?*

4. **Valorar el seguimiento:** se ha de hacer dependiendo de la clínica y del resultado de la entrevista: seguimiento en consulta (profesional de medicina o enfermería) o derivación a otros servicios especializados. Estas decisiones se han de tomar de acuerdo con el paciente, dejando siempre la puerta abierta para volver a valorarlo. En caso de personas muy afectadas puede ser conveniente marcar nosotros la próxima visita.

Para población infantil

En las consultas de pediatría, también se puede plantear que los padres consulten por malestar muy inespecífico de los niños. A veces estos malestares pueden ser fruto de una situación familiar con déficits o problemas económicos y/o sociales.

La guía de la entrevista debería ser la misma que para los adultos, pero adaptando algunas preguntas, pudiendo ser diferentes si van dirigidas a los adolescentes o a niños más pequeños.



FASE EXPLORATORIA

1. Enunciación del problema:

- *¿Qué le ha pasado? ¿Desde cuándo?*
- *¿Hay algún problema en casa.: separación de los padres, muerte o enfermedad de un familiar cercano, problemas laborales de los padres...?*
- *¿Problemas escolares, cambio de escuela, cambio de tutores...?*
- *¿Cambios de domicilio, cambio de amigos, nacimiento de algun hermano...?*

2. Dimensiones del problema:

- *¿Cómo han afectado en la vida diaria los cambios que han tenido?*
- *¿Ha disminuido el rendimiento escolar?*
- *¿Han dejado las actividades extraescolares?*
- *¿Ha cambiado de amigos?*

3. Impacto emocional:

Si es un niño pequeño:

- *¿Se enfada más a menudo, tiene rabietas...?*
- *¿Tiene miedo a la hora de ir a dormir, tiene pesadillas...?*
- *¿Ha habido enuresis, encopresis?*

En niños más mayores:

- *¿Se siente culpable del problema familiar?*
- *¿Ha variado su manera de comer, come más o al contrario ha dejado de comer?*
- *¿Está triste?*

En adolescentes preguntar sobre consumo de alcohol u otras drogas:

- *¿Tomas alguna cosa para sentirte mejor?*
- *¿Cuando sales con los amigos, que bebeis?*
- *¿Fumas tabaco o porros?*

4. Valoración de recursos y estrategias:

En el caso de adolescentes podemos explorar los recursos que ha puesto o piensa poner en marcha para cambiar la situación:

- *¿Ha habido algun cambio en las amistades?*
- *¿Vas a estudiar a casa de los amigos o a la bilbioteca?*

¿Hablas con los padres o profesores de tus problemas en casa? En el caso de niños pequeños las preguntas para valorar estrategias de cambio, las haremos a los padres. Muchas veces a los padres les cuesta relacionar el síntoma del hijo con su situación familiar o social.





ANEXO 3.
ALGUNAS EXPERIENCIAS DE INTERVENCIONES GRUPALES, PRESCRIPCIÓN SOCIAL E INTERVENCIONES COMUNITARIAS EN NUESTRO ENTORNO

Intervenciones grupales

Grupo de soporte emocional a hombres en situación de desempleo en Barcelona
Son grupos de soporte emocional a personas en situación de desempleo, en general por paro de larga duración, organizados e impulsados por un grupo de profesionales psicoterapeutas (el grupo "Dignidad") con la colaboración de CCOO y las PAH de Hospitalet.

Personas que han participado en estos grupos han creado una entidad estable de ayuda mutua de personas afectadas por paro de larga duración (Asociación DI-GAM asdigam.blogspot.com), que ha mostrado la capacidad de contención y generación de esperanza con un alto porcentaje de miembros que han podido encontrar trabajo, entre otros resultados.

Grupo de soporte emocional para hombres en situación de desempleo en el municipio de Parla, Madrid.
Grupo de hombres mayores en paro con síntomas psicosomáticos. El grupo está supervisado por un terapeuta del Centro Maria Langer http://www.madrid.procc.org/. Se basa en crear un grupo de iguales (hombres mayores en paro, con síntomas psicosomáticos) supervisado por un terapeuta, trabajando el tema de "ser hombres en nuestra sociedad de hoy y no perder el trabajo", "la masculinidad y sus expectativas". Es más una intervención comunitaria que un grupo psicoterapéutico.

Vídeo documental "El silencio roto": https://www.youtube.com/watch?v=RqTDCApwsis

Prescripción Social

Catalunya implanta en 16 centros de salud la prescripción social en el marco del Proyecto "COMSalut".
El Proyecto COMSalut es una iniciativa de medicina comunitaria enmarcada en el Pla de Salut 2011-2015. La Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya incluyó en su cartera de servicios la prescripción social, que prevé que la atención primaria pueda indicar actividades sociales en beneficio de la salud de sus pacientes.

Gaceta médica. 24 de julio de 2015.
http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/articulo.aspx?idart=925309&idcat=797&tipo=2

Prescripción Social en el CAP Roquetes-Canteres, Barcelona.
En el contexto del Proyecto COMsalut, el barrio de Roquetes ha desarrollado un plan comunitario en el cual participa el equipo de atención primaria que realiza prescripción social para mejorar la salud de los pacientes y promover hábitos saludables.

Gaceta médica. 24 de julio de 2015.
http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/articulo.aspx?idart=925309&idcat=797&tipo=2

Prescripción Social UGAP Sabadell Sud (PSUSS).
El proyecto PSUSS va dirigido, fundamentalmente, a personas aisladas con sufrimiento emocional, y quiere ser una herramienta útil de prevención primaria en salud mental. Se desarrolla en el entorno del Institut Català de la Salut (ICS), y forma parte del Plan comunitario del distrito sexto de Sabadell. Tiene un carácter colaborativo con todas las entidades del distrito (las asociaciones de vecinos, el Ayuntamiento y las entidades de carácter privado). Desarrolla las líneas estratégicas del Pla de Salut de Catalunya y del Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). Tiene el apoyo de la Agència de Salut Pública de Catalunya y la Subdirecció General de Drogodependències, que está desarrollando un proyecto de prescripción social en toda Catalunya. En el momento actual se ha iniciado la prescripción social y se evaluará después de un año de implementación con el apoyo del PINSAP.

Prescripción Social en ABS Pineda de Mar.
La prescripción social en el marco del programa comunitario "Salut mental, millor fent pinya". Se trata también de un Programa de Prescripción social, impulsado por el Centro de Salud en colaboración con el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Los profesionales sanitarios pueden recomendar y facilitar el acercamiento a las entidades ciudadanas a personas que tengan una baja participación social (riesgo de exclusión social),



con la finalidad de potenciar su relación e integración.
http://www.pinedademar.org/salutmental/noticies/20120109-prescripcio-social-a-labs-com-a-programa-pilot.htm
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/formacio_nou/formacio_continuada/activitats_formatives/area_fc/documents/arxius/jornada_aupa_2015.pdf

Otras intervenciones comunitarias

Proyecto ASACO: Agentes de Salud Comunitaria en Atención Primaria.
Se desarrolla en las comarcas del Bages y el Berguedà, y está impulsado por la atención primaria del Institut Català de la Salut (ICS) y otros agentes comunitarios de la zona.

El proyecto tiene tres fases: diagnóstico comunitario, priorización e intervención. Priorizaron "Disminuir el riesgo de aislamiento social de las personas mayores que viven solas" y en este momento están en la fase de intervención sobre el problema ya comentado. En Sallent, por ejemplo, se pondrá en marcha en breve la iniciativa "Comer acompañados", impulsado conjuntamente con el Casal de Gente Mayor y con la colaboración del Ayuntamiento.

La dirección de su blog es: https://projecteasaco.wordpress.com/

https://capsallentics.wordpress.com/2016/02/17/reunio-comsalut-a-sallent/

Otros:

Los siguientes proyectos, repartidos por diferentes puntos de la geografía española, son todos proyectos que trabajan en la comunidad con la metodología de activos en salud y prescripción social o prescripción de recursos-actividades comunitarias. Muchos de ellos fueron presentados en la Mesa del PACAP del Congreso de la SEMFyC celebrado en Oviedo en 2015. Se pueden descubrir y obtener más información en:
https://saludcomunitaria.wordpress.com/mesapacap15/

Proyecto de prescripción social en el Centro de Salud de Coll d'en Rebassa, Palma de Mallorca.
"La verdad está ahí fuera". Vídeo presentación:
https://saludcomunitaria.wordpress.com/mesapacap15/

Descubriendo los activos de la comunidad en Carabanchel Alto, Madrid.
"Prescripción de recursos de la comunidad, prescripción de salud. Conocer, conectar y recetar los recursos y riquezas de la comunidad" Web y vídeo presentación:
http://mapeandoporcarabanchelalto.blogspot.com.es/
https://saludcomunitaria.wordpress.com/mesapacap15/

Identificando las riquezas y las necesidades del barrio de la Cartuja, Granada.
"Un Barrio lleno de vidas". Vídeo presentación: https://vimeo.com/87011214

Mapeando el barrio Oliver, Zaragoza.
http://pacaparagon.noblezabaturra.org/2014/03/13/mapeando-el-barrio-oliver/

Activos y actividades comunitarias en Asturias. Mapeo saludable y actividades de prescripción social o prescripción de recursos o actividades comunitarias en ayuntamientos y barrios de Asturias.
Vídeo presentación del Observatorio de Salud en Asturias:
https://www.youtube.com/watch?v=aZ6YkUMLIWg&feature=youtu.be





BIBLIOGRAFÍA

1.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015. [Consultado el 28/02/2016] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

2.- World Health Organization. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors background paper by who secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Geneva 2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

3.- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med.2010;7(7):e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.

4.- Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, Garrell-Corbera I, Rengel-Chica J, Agudo-Ugena J, Ramos A, Mendive JM. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. Br J Gen Practice.2015;65(632):e198-e203. doi:10.3399/bjgp15X684025.

5.- Fernández de Sanmamed MJ, Casado de Rocha A. Los efectos de la crisis sobre la salud mental. El caso del suicidio: ¿realidad o mito?. En: Victor Grifols i Lucas. Ética y salud pública en tiempos de crisis. Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas;2014. Cuaderno 32. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: https://www.upf.edu/cres/_pdf/cuaderno32.pdf

6.- Foot J. What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation.2012. ISBN 978-1-907352-05-8. [Consultado 28/02/ 2016] Disponible en: http://www.assetbasedconsulting.co.uk/uploads/publications/wmuh.pdf

7.- Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. Int J Equity Health.2013;19(12):54-66. doi: 10.1186/1475-9276-12-54.

8.- McPherson KE, Kerr S, Morgan A, McGee E, Cheater FM, McLean J, Egan J. The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review. BMC Public Health.2013;13:971-84. doi:10.1186/1471-2458-13-971.

9.- Castells M. La era de la información (Vol. 1): Economía, Sociedad y Cultura. La sociedad red. Barcelona: Alianza Editorial;2005.

10.- Moya J. La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. Rev Asoc Esp Neuropsiq.1999; 19(72):693-702.

11.- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut: efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya;2014.

12.- Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit.2014;28:104-8.

13.- Rico A, Blakey E. El impacto de la crisis en sanidad: recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos. En: Martín Patino JM, Blanco A, Chueca A, Bombardieri G, Herreros T, Manzanero B (edits). Una interpretación de la realidad social. Informe 2012. Madrid: Fundación Encuentro;2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://docplayer.es/5995437-Informe-espana-una-interpretacion-de-su-realidad-social-fundacion-encuentro.html



14.- Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, Spencer N. Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain. Int J Equity Health.2015;14:95. doi:10.1186/s12939-015-0236-1

15.- Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de Salud Mental.2005;5(21):39-53.

16.- Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work?. Int J Public Health.2013;58(4):627-31.

17.- Vicent L, Castro C, Agenjo A, Herrero Y. El desigual impacto de la crisis sobre las mujeres. FUHEM. Madrid: FUHEM;2013. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Dossier/dossier_El-desigual-impacto-de-la-crisis-sobre-las-mujeres.pdf

19.- Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya. L'impacte de la crisi en les persones grans: 3r estudi. Barcelona: Creu Roja;2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/serveis-socials/observatori-social-de-la-ciutat-de-tarragona/fitxers/imatges/tercer-informe-creu-roja

20.- AGE Plataforma Europea. La gent gran també pateix els efectes de la crisi. AGE. Plataforma Europea;2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/OlderPeopleAlsoSufferBcOfTheCrisis-Catalan_translation.pdf

21.- Isern L, Fernández de Sanmamed MJ, Boixadera E. Projecte de suport a persones afectades emocionalment per la crisi: disseny d una intervenció en xarxa. Fundació Congrés Català de Salut Mental;2014. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: https://focap.files.wordpress.com/2014/11/projecte-intervencic3b3-en-xarxa-10.pdf

22.- Isern L. Grups de suport emocional: restitució de la dignitat i dels vincles grupals a persones en atur de llarga durada. PlataformaSM [Blog en internet]. Posted 18/03/2015.
[Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.plataformasalutmental.cat/grups-de-suport-emocional-restitucio-de-la-dignitat-i-dels-vincles-grupals-a-persones-en-atur-de-llarga-durada/

23.- Tizón J. Una visión diferente de la salud mental. www.herder editorial.com;2012. [video en Youtube]. [Consultado 10/02/2016] Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=fW-WVLOgWXw

24.- Angell M. The Epidemic of Mental Illness: Why?. The New York Review of Books.2011. [Consultado 10/02/2016] Disponible en: http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/

25.- Vispe A, Valdecasas J. Diagnóstico psiquiátrico e investigación: una relación problemática. Postpsiquiatría [Blog en internet]. Posted 21/10/2010. [Consultado 06/01/2016] Disponible en: http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2010/10/diagnostico-psiquiatrico-e.html

26.- Infocop. Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y el CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en la salud mental. [Blog en internet]. Posted 24/05/2013. [Consultado 15/01/2016] Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4586

27.- Leon-Sanromà M, Mínguez J, Cerecedo MJ, Téllez J. Ens passem al DSM-5? Un debat amb implicacions clíniques, socials i econòmiques. Aten Primaria. 2014;46(1):4-5.

28.- Retolaza A. El territori del malestar. Átopos. 2008;7:13-25.

29.- Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP Nº51. Escuela Andaluza de Salud Pública.2013. ISBN: 978-84-695-7462-1.
[Consultado 15/01/2016]. Disponible en: http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/

30.- Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. Ann Fam Med.2005;3(4):318-3.

31.- Pérez-Franco B, Turabian-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria?. Aten Primaria.2006;37(1): 37-9.

32.- Gérvas J, Pérez-Fernández M. La expropiación de la salud. Barcelona: Los Libros del Lince;2015.

33.- Simón P. Diez mitos entorno al consentimiento informado. An Sist Sanit Navar.2006;29 (Supl.3):29-40.



34.- Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. Annals of Family Medicine.2011; 9(2):100-3. doi:10.1370/afm.1239.

35.- Balint E, Norell J.S. Seis minutos para el paciente. Buenos Aires: Paidos;1979.

36.- Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma;1988.

37.- Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de Estrategias prácticas. Barcelona: semFYC;2014. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.semfyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/EntrevistaClinica/

38.- Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. Ann Fam Med.2014;12(3):270-5. doi: 10.1370/afm.1615.

39. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing?. Behavioural and Cognitive Psychotherapy.1995;23:325-34. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S135246580001643X.

40.- Miller WR, Rollnick S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy.2009;37:129–0.

41.- Lieberman JA, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counselling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry.1999;1(2):35–8.

42.- Campo MA, Llor JL, Alsinella S, Torras A, Rodríguez P. Catàleg d'actuacions no farmacològiques en salut mental a l'atenció primària. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut.2011. [Consultado 28/02/2016] Disponible en :
http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/Cataleg%20act%20No%20farmacologiques.pdf

43.- Salazar J, Sempere E. Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria. Generalitat. Conselleria de Sanitat.2012. ISBN: 978-84-482-5521-3 [Consultado 28/02/2016] Disponible en:
https://consaludmental.org/publicaciones/Malestaremocionalmanualpractico.pdf

44.- Ortíz Lobo, A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. Átopos. 2008.26:26-35.

45.- Díaz González CL. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. 2008. ISBN
978-84-691-4765-8 [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f52829a1-f9cb-11dd-9d99-e96480bea708/salud_mental_at_pr.pdf

46.- Greenhalgh T. Narrative based medicine. Why study narrative?. BMJ.1999.318(7175):48-50.

47.- Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. Rev Hosp Ital B Aires.2006;26(1):14-9.

48.- Charon R. Narrative and Medicine. NEMJ. 2004;350(9):862-5.

49.- Elwin G, Gwyn R. Narrative based medicine. Stories we hear, stories we tell: analysing talk in clinical practice. BMJ.1999;318(7177):186-8.

50.- Launer J. Narrative based medicine. A narrative approach to mental health in general practice. BMJ.1999;318(7176):117-9.

51.- Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Colección Salud Mental Colectiva. Madrid: Grupo 5; 2013.

52.- Ortiz-Lobo A, Sobrado de Vicente-Tutor AM. El malestar que producen los problemas de la vida. AMF.2013;9(7):336-72.

53.-Bradling J, House W. Social Prescribing in general practice: adding meaning to medicine. Br J Gen Pract.2009; 59(563):454-56.

54.- Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery. Care Services Improvement Partnership;2008. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf

55.- Brandling J, House W. Investigation into the feasibility of a social prescribing service in primary care: a pilot project. Other. University of Bath and Bath and North East Somerset NHS Primary Care Trust.2007. [Consultado 07/03/2016] Disponible en: http://opus.bath.ac.uk/22487/

56.- Grayer J, Cape J, Orpwood L, Leibowitz. Facilitating access to voluntary and community services for



patients with psychosocial problems: a before-after evaluation. BMC Fam Pract.2008;9:27.

57.- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoSMed.2010;7(7):e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.

58.- Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, Garrell-Corbera I, Rengel-Chica J, Agudo-Ugena J, Ramos A , Manuel Mendive J. Effects of the economic crisis and social suport on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. Br J Gen Pract.2015;65(632):e198–e203.

59.- Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Nieto J, Cofiño R. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gaceta Sanitaria.2013;27(2):180-3.

60.- Agència de Salut Pública de Catalunya. La prescripció social, una de les claus per superar i prevenir els trastorns psiquiàtrics. [Blog internet]. Posted 2014. [Consultado 19/02/2016]. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/actualitat_del_pinsap/la-prescripcio-social-una-de-les-claus-per-superar-i-prevenir-els-trastorns-psiquiatrics/

61.- Rossell T. El grupo socioterapéutico. Revista Trabajo Social Salud.1995;21:10-1.

62.- Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos;2001.

63.- Silvestre M, Royo R. Escudero E. El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social. Universidad de Deusto (ebook). Deusto Digital;2014.ISBN 9788415759461

64.- Larkin M. Group support during caring and post-caring: the role of carers groups. Groupwork. 2007;17(2):28-50. doi: 10.1921/196213.

65.- Rosell T, Beneria R. Trabajo Social con grupos de personas usuarias de los servicios de bienestar social. Trabajo social y salud.2013;75: 67-94.

66.- Parra-Ramajo B. Estudio sobre los factores de cambio en grupos socioeducativos de familias de acogida extensa. Portularia.2012;12(Nº extra):131-9. doi:105218/prts.2012.0014.

67.- Alissi AS. The Social Group Work Tradition: Toward Social Justice a Free Society. Social Group Work Foundation Occasional Papers.2001.Paper 1. [Consultado 07/03/2016]. Disponible en:
http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=sw_op

68.- Sands RG, Solomon P. Developing educational groups in social work practice. Social Work with Groups.2004;26(2):5-21.

69.- Conyne RK, Dye HA, Kline WB, Morran DK, Ward DE, Wilson FR. Context for revising the Association for Specialists in Group Work training standards. Journal for Specialists in Group Work.1992;17(1):10-1.

70.- Turabián J, Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria-atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria [Internet].2011. [Consultado 11/02/2016] Disponible en: http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=088

71.- Suárez O, Arguelles M, Alquézar L, Aviño D, Botello B, Calderón S, Cofiño R et al. Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos?. Cuadernos de Pediatría Social.2015;21:12-4.

